



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN
GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINI
KULLANIM DURUMLARI VE FERTİLİTE UYUMU İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Ezgi ÖNAL

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN

İSTANBUL-2024

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN
GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINI
KULLANIM DURUMLARI VE FERTİLİTE UYUMU İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Ezgi ÖNAL

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN

İSTANBUL-2024

ÖZET

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINI KULLANIM DURUMLARI VE FERTİLİTE UYUMU İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada infertilite tedavisi gören kadınların geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve fertilite uyumu ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Eylül 2023-Kasım 2023 tarihleri arasında bir özel hastanenin Üreme Sağlığı ve Tüp Bebek Ünitesi'ne başvuran işleme kriterlerine uyan infertil kadınlar oluşturmaktadır. 167 infertil kadın çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Veriler 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve 'Fertilite Uyum Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır. Veriler "Independent Sample-t" test, ANOVA" test (I-tablo değeri), "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri), "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri), Bonferroni ve Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Çalışmada kadınların %48.5'inin infertilite nedeniyle geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden birini kullandığı tespit edilmiştir. Kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin %69.1'inin *destek* amaçlı kullanılmaktadır. Kadınların fertilite uyumları orta seviyedir ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanım durumuna göre fertilite uyumları arasında bir fark yoktur. GETAT kullanmayan kadınların yaş, eğitim ve eş eğitim durumu ve fertilite uyumları arasında fark vardır. GETAT kullanan kadınların fertilite uyumları açısından fark yoktur.

İnferilite hemşireleri infertil kadını, ailesini, çevresini ve kullandığı GETAT yöntemlerini bütüncül olarak ele almalıdır. Tedavi başlangıcında kadının fertilite uyum düzeyini değerlendirmeli ve bu düzeyi yükseltmeye yönelik çalışmalarda bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, geleneksel ve tamamlayıcı tıp, fertilite uyumu

ABSTRACT

**EXAMINATION OF THE USAGE OF TRADITIONAL AND
COMPLEMENTARY MEDICINE PRACTICES OF WOMEN RECEIVING
INFERTILITY TREATMENT AND THEIR RELATIONSHIP WITH
FERTILITY COMPLIANCE**

This study aimed to examine the use of traditional and complementary medicine practices by women receiving infertility treatment and their relationship with fertility compliance.

It constitutes of infertile women who meet the inclusion criteria and applied to the Reproductive Health and In Vitro Fertilization Unit of a private hospital between September 2023 and November 2023. 167 infertile women were included in the study. Parameters were collected using the 'Introductory Information Form' and 'Fertility Compatibility Scale'. The parameters were evaluated by “Independent Sample-t” test, ANOVA” test (I-table value), “Mann-Whitney U” test (Z-score table), “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -table value), Bonferroni and Spearman correlation analysis.

In the study, it was determined that 48.5% of women used one of the traditional and complementary medicine methods due to infertility. 69.1% of the traditional and complementary medicine methods are used for support purposes. Women's fertility compliance is moderate, and there is no difference between their fertility compliance according to traditional and complementary medicine use. There is a difference between the age, education, spouse educational background and fertility compatibility of women who do not use GETAT. There is no difference in terms of fertility compliance of women using GETAT.

Infertility nurses should consider the infertile woman, her family, her environment and the GETAT methods holistically. At the beginning of treatment, the woman's fertility compliance level should be evaluated and should work towards to increase this level.

Key Words: Infertility, traditional and complementary medicine, fertility compliance

TEŞEKKÜR

Çalışmamda bana yol gösteren, fikirlerimi destekleyen, bilgi birikimini ve güler yüzünü benden esirgemeyen sevgili hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN’a,

Yüksek lisans sürecimde araştırmacı kişiliği ve donanımıyla örnek olan, beni ve araştırmamı destekleyen Üreme Sağlığı ve Tüp Bebek Bölüm Başkanı Prof. Dr. Cem DEMİREL’e,

Kıymetli deneyimleriyle bana yol gösteren, İnfertilite Hemşireliği’ni bana sevdiren ve hep yanımda olan Üreme Sağlığı ve Tüp Bebek Bölüm Koordinatörü Hatice ÖZKAN ve Sorumlu Hemşiresi Didem BİLEN’e,

Bu süreçte tanıştığım, benimle kıymetli deneyim ve fikirlerini paylaşan sevgili hocam Öğr. Gör. Derya DENİZ’e,

Tezimin istatistik aşamasında verilerin analizini kısa bir sürede gerçekleştiren ve doğru yorumlanmasında özverili olan Uzman İstatistikçi Melih UZUNOĞLU’na,

Beni ve eğitim hayatımı her zaman destekleyen canım ailem, Celal AYDIN, Sabiha AYDIN, Sevnur ASLAN, Kadir ASLAN, Öznur AYDIN, Rabia ŞEN ve her zaman varlığını hissettiğim babam Tahsin ÖNAL’a,

İnançlarını ve desteklerini her zaman hissettiğim hep yanımda olan Göknil HAVALI, Emel KÜÇÜKSARAÇ, Hilal ALDATMAZ, İklim KAYA ve Cenk CİHANGİR’e,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkıları olan değerli katılımcılara,

Teşekkürü borç bilirim.

Ezgi ÖNAL

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan retildeğini ve şkdar niversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

04/06/2024

Ezgi NAL

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. İnfertilite.....	5
2.1.1. İnfertilite tanımı ve görülme sıklığı.....	5
2.1.2. İnfertilite etiyolojisi.....	5
2.1.2.1. Kadında infertiliteye neden olan faktörler.....	6
2.1.2.2. Erkekde infertiliteye neden olan faktörler.....	7
2.1.2.3. Açıklanamayan infertilite.....	8
2.1.3. İnfertiliteye neden olan risk faktörleri.....	8
2.1.4. İnfertil çiftlerin değerlendirilmesi.....	10
2.1.5. İnfertilite tedavisi.....	10
2.1.6. İnfertilite tedavisinin sonuçları.....	12
2.1.7. Başarısız tedavi sonucu ve psikososyal uyum.....	13
2.1.8. İnfertilite tanı ve tedavisinin psikososyal etkileri.....	13
2.2. İnfertilite ve Fertilite Uyum.....	15
2.2.1. İnfertil çiftte fertilite uyum açısından hemşirelik yaklaşımı.....	15

2.3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp	16
2.3.1. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın tarihçesi.....	16
2.3.2.Dünyada geleneksel ve tamamlayıcı tıp	17
2.3.3.Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp	17
2.3.4. Geleneksel ve tamamlayıcı uygulamaları	18
2.4.İnfertilitede Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp uygulamaları ve Hemşirelik.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Verilerin Toplanması.....	21
3.4.1. Veri toplama araçları.....	21
3.4.2. Veri toplama araçlarının uygulanması.....	22
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.6. Etik Kurul Onayı.....	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik, İnfertilite ve GETAT Kullanım Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	24
4.2. Katılımcıların Fertilite Uyum Ölçeği’nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular.....	27
4.3. GETAT Kullanmayan Katılımcıların Sosyodemografik ve İnfertilite Özelliklerine Göre Fertilite Uyum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
4.4. GETAT Kullanan Katılımcıların Sosyodemografik ve İnfertilite Özelliklerine Göre Fertilite Uyum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
4.5. GETAT Kullanım Özelliklerine Göre Fertilite Uyum Ölçeği Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
4.6. Fertilite Uyum Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları ile Bazı İnfertilite Özellikleri Arasındaki İlişki.....	34

5. TARTIŞMA.....	35
5.1.İnfertilite ve GETAT kullanım özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması....	35
5.2. Fertilite Uyum Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	37
5.3.GETAT Kullanmayan Katılımcıların Sosyodemografik ve İnfertilite Özelliklerine Göre FUÖ Puanlarının Tartışılması.....	37
5.4..GETAT Kullanan Katılımcıların Sosyodemografik ve İnfertilite Özelliklerine Göre FUÖ Puanlarının Tartışılması.....	39
5.5. Katılımcıların GETAT Kullanım Özelliklerine Göre FUÖ Puanlarının Tartışılması.....	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
KAYNAKLAR.....	43
EKLER.....	58
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu.....	58
Ek 2. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	59
Ek 3. Fertilite Uyum Ölçeği.....	63
Ek 4. Etik Kurul İzin Yazısı.....	64
Ek 5. Hastane İzin Formu.....	65
Ek 6. Ölçek Kullanım İzni.....	66
Ek 7. Özgeçmiş.....	67

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Fertilitite Uyum Ölçeği (FUÖ) Alt Boyutları.....	22
Tablo 2: İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgularının dağılımı (n=167).....	24
Tablo 3: İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların infertilite özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (n=167).....	25
Tablo 4: İnfertiliteyle ilişkili bazı nicel bulguların dağılımı.....	25
Tablo 5: İnfertilite tedavisi gören kadınların GETAT kullanım durumlarına ilişkin bulguların dağılımı (n=167).....	26
Tablo 6. Fertilitite Uyum Ölçeği (FUÖ) puanlarının dağılımı (n=167).....	27
Tablo 7. GETAT kullanmayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Fertilitite Uyum Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	28
Tablo 8. GETAT kullanmayan katılımcıların infertilite özelliklerine göre Fertilitite Uyum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması (n=167).....	30
Tablo 9. GETAT kullanan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Fertilitite Uyum Ölçeği puanlarını”n karşılaştırılması.....	31
Tablo 10. GETAT kullanan katılımcıların infertilite özelliklerine göre Fertilitite Uyum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması (n=167).....	32
Tablo 11. GETAT kullanım özelliklerine göre fertilitite uyum ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 12. Fertilitite Uyum Ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ile bazı infertilite özellikleri arasındaki ilişki.....	34

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG:	The American College of Obstetricians and Gynecologists
ASRM:	American Society for Reproductive Medicine
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
CYBE:	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ET:	Embriyo Transferi
FUÖ:	Fertilite Uyum Ölçeği
GETAT:	Geleneksel Tamamlayıcı Alternatif Tıp
GIFT:	Gamet Intra-Fallopian Transfer
HSG:	Histerosalpingografi
ICSI:	Spermatozoanın oosit içerisine enjeksiyonu/ İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI:	Intra Uterin İnseminasyon
IVF:	In Vitro Fertilizasyon
MESA:	Mikrocerrahi İle Epididimal Sperm Aspirasyonu
NCC-WCH:	National Collaborating Centre for Women's and Children's Health
POST:	Peritoneal Oosit Sperm Transferi
PZD:	Parsiyel Zona Diseksiyonu
SUZİ:	Subzonal Sperm Enjeksiyonu
TESA:	Testiküler Sperm Aspirasyonu
TET:	Tubal Embriyo Transferi
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
YÜT:	Yardımcı Üreme Teknikleri
ZIFT:	Zigot Intra-Fallopian Transfer

1.GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite, üreme çağındaki milyonlarca insanı etkileyen küresel bir sağlık sorunudur. İnfertilite, on iki ay veya daha uzun süre korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebelik elde edilememesi olarak tanımlanır (DSÖ, 2023). İnfertilite prevalansı dünya çapında %4-14 arasında değişirken dünya genelinde ortalama 48 milyon çiftin infertil olduğu tahmin edilmektedir. (Mascarenhas ve ark., 2012; Bahamondes ve Makuch, 2014). İngiltere’de her yedi çiftten en az birinin infertilite tanısı aldığı bilinmektedir (Datta ve ark., 2016). Tahminlere göre infertilite şikayetiyle yaşayan çift oranı ülkemizde ortalama 1,5–2 milyondur. (Demir ve Kızılkaya Beji, 2015). Uluslararası düzeyde 25 ülkeden derlenen ve 172413 kadın ile gerçekleştirilen infertilite sıklığını, tedavi ve bakım için potansiyel ihtiyaçları, talepleri konu alan bir meta analiz bulgularına bakılarak infertilite sıklığı; gelişmiş ülkelerde %3.5-16.7, az gelişmiş ülkelerde %6.9-9.3 Sahra altı Afrika bölgeleri gibi çok az gelişmiş ülkelerde %5- 25 olarak belirtilmiştir (Boivin ve ark., 2007).

İnfertilite her iki cinsiyetle ilişkilidir. Buna karşı bazı toplumlarda ve kültürlerde bu durumdan sadece kadın sorumlu tutulur ve kadınlar genellikle infertilitenin sebebi sadece kadınlardan kaynaklanmasa bile infertilitenin sonuçlarını tek başına yüklenir ve bunun için suçlanır (Naab ve ark., 2013; Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2019). Çocuk sahibi olamama her ne kadar iki cinsi duygusal olarak etkilese de kadınların hissettikleri stres ve baskının daha fazla olduğu, depresyon ve anksiyete oranlarının erkeğe kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir (Naab ve ark., 2013). İnfertil kadın ve erkeklerle yapılan bir çalışmaya göre infertiliteyle ilişkili psikososyal baskı kadınlarda (%47.3) iken erkeklerde (%39.7) olarak gözlenmiş ve kadınlardaki oranın daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Alosaimi ve ark., 2017). Yapılan bir çalışmada, infertil kadınların %59’unun ise yüksek düzeyde stres yaşadığı ve %33’ünün klinik olarak depresyona girdiği, bulunmuştur (Carter ve ark., 2011). Özellikle geleneksel toplumlarda kadının toplumdaki ve aile içindeki rolü, çocuk bakımı ve doğurganlık ile özdeşleştirildiğinden üreme konusundaki yetersiz olma durumu genellikle sosyal bir damgalanmaya sebep olur, suçluluk hissettirir ve utanç verici bir durum olarak algılanır (Jafarzadeh-Kenarsari ve ark., 2015). Kadınların infertiliteye karşı gösterdikleri tutumları içinde bulunduğu toplumuna ait kültür değerlerinden ve o toplumun beklentilerinden etkilenir. Kadınların, aile ve toplum içindeki statüsünün annelikle arttığı toplumlarda kadınlar infertilite için

sorumlu tutulup suçlandığından toplumsal olayların dışında tutulup küçümsendiğinden, infertilite sosyal damgalanmaya yol açıp çiftlerin kendilerini toplumdan soyutlamasıyla sonuçlanır ve kadınlar genellikle infertilite sebebiyle eşleri tarafından terk edilmeye, aldatılmaya ve şiddete maruz kalmaktadır (Aboulghar 2005; Bakhtiyar ve ark., 2019). İnfertil bireylerin büyük çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı bilinmektedir. Bu bölgelerde yaşayan kadınların toplumdaki statülerini arttırmasının tek ve en önemli yolunun çocuk sahibi olmak ve özellikle de erkek bebek doğurmak olduğu bildirilmektedir (Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2019). Hemen hemen her toplumda infertil kadınlar fertilite sorunlarından dolayı sorumlu tutulup sosyal destekten mahrum kalmaktadır. Geleneksel toplumlarda yaşayan kadınlar için infertilite büyük bir yük olarak taşınmaktadır. (Daibes ve ark., 2018).

Psikososyal baskılar ve yaklaşımlar, kadınların fertilite uyumlarını bozabilir. Fertilite uyumu, infertil çiftin ya da bireyin infertilite sorunlarına, tedavilerine ve bu tedavilerin olası sonuçlarına karşı olan bakış açılarını ve tutumlarını değiştirmesini ifade etmektedir. Uyum, çiftin artık mevcut durumlarını kabul etme veya çocuk sahibi olma veya arzusunun ya da isteğinin olmadığı anlamına gelmez, çiftin davranışsal, duygusal ve bilişsel olarak çocuk sahibi olma ya da olmama gibi tüm ihtimallere hazır olma durumudur (Tiyuri ve ark., 2018). Çiftlerdeki fertilite uyumları infertilite tanısında ve tedavisinde gösterdiği tutum ve davranışlara olumlu şekilde etki etmektedir (Bilgiç ve ark., 2016; Durgun Ozan ve Duman, 2018). İnfertil kadınların fertilite uyumunu bilmek ve bu uyum düzeyine göre bir yaklaşım sergilemek kadının tedaviye uyum sağlaması ve baş etmede güçlenmesi açısından önemlidir. Kadınların her aşamasında farklı duygulanımlar yaşadığı tedavi sürecinde oluşabilecek herhangi bir olumsuzlukla baş etmesi ve bu sürece başarıyla uyumlanması ve gerekmektedir.

Günümüzde Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) infertil bireylerin önemli bir kısmının çocuk sahibi olmasına olanak tanımaktadır (ACOG, 2019). Çiftler, aile olma hayallerine ulaşmak amacıyla infertilitenin YÜT ile tıbbi olarak çözümlenmesine ek olarak tedavi sırasında, öncesinde, ya da başarısız sonuçlanan tedavilerden sonra geleneksel tamamlayıcı ve alternatif tıp (GETAT) uygulamalarına da başvurmaktadır (Uludağ, 2018). İnfertilite tedavisindeki çiftlerin yaklaşık %30-60'ı tamamlayıcı/alternatif tıp yöntemlerini kullanmaktadır (Stankiewicz ve ark., 2007; Coulson ve Jenkins, 2005; Boivin ve Schmidt, 2009).GETAT; bedensel ve psikolojik hastalıkların tanı ve tedavisinin yanı sıra sağlığın devamlılığını sağlamak amacıyla

açıklanabilen veya açıklanamayan, farklı gelenek, inanış ve deneyimlere dayanan uygulamaların tümüdür (Sağlık Bakanlığı, 2017). Edirne ve ark.'nın, (2010) Türkiye'de infertil kadınlarda yaptığı çalışmaya dahil edilen kadınların %82'sinin en az bir kez GETAT uyguladıkları belirlenmiştir. Ülkemizde kadınların infertilite tedavisi sırasında GETAT kullanma oranları yapılan çalışmalarda Edirne ve ark. (2010) %82, Başgöl ve Beji (2016) %78, Engin ve Pasinlioğlu (2002) %71, Özkan ve ark. (2018) %51, Kurçer ve arkadaşları (1999) %29 olarak saptanmıştır.

İnfertilite tedavisi için GETAT kullanım oranını belirlemek amacıyla başka ülkelerde yapılmış olan çalışmalarda oran Ürdün'de %44 (Bardaweel ve ark., 2013), Lübnan'da %41 (Ghazeeri ve ark., 2012), ABD'de %91 (Clark ve ark., 2013) olarak belirlenmiştir. Tercih edilen uygulamalar ülkeler arasında geleneklere, coğrafyaya ve kültüre göre farklılık göstermekle beraber infertilite için en fazla kullanılan yöntemler; masaj, akupunktur, zihin ve beden uygulamaları (hipnoz, yoga, meditasyon), besin takviyesi, psikoterapi ve homeopatidir. Clark ve ark.'nın yaptığı bir çalışmaya göre infertilitede doktorların en fazla önerdiği GETAT yöntemleri; (%60.4) akupunktur, (%51.6) psikoterapi, (%46.2) fiziksel egzersiz, (%40.9) masaj, (%54.7) meditasyon (%40.9) besin takviyesi ve (%47.1) dua etme olarak belirlenmiştir (Clark ve ark., 2013). Avustralya'da yapılmış olan bir çalışma göre sık kullanılan GETAT yöntemleri; mineral takviyeleri, multivitaminler, doğal yöntemler, bitkiler, akupunktur ve masaj olarak ortaya konmuştur (Stankiewicz ve ark., 2007).

Bilinçli farkındalığın infertilite tedavisi üzerindeki etkinliğini değerlendiren bir çalışmaya göre 55 infertil kadın bilinçli etkinlik programını tamamlamış olup 37 kadın kontrol grubuna dahil edilmiştir. Program sonucunda infertilite ile başa çıkmak için öz yetkinlikte ve farkındalık becerilerinde anlamlı iyileşme sağlanmış olup kontrol grubunda ise anlamlı fark görülmemiştir. Bunun sonucunda infertil kadınlarda infertilite tedavisi üzerinde bilinçli etkinlik programının anlamlı bir etkinliği olduğu gözlemlenmiştir (Galhardo ve ark., 2013).

Yoganın yapılan çalışmalarda, infertil kadınlardaki stres düzeyini düşürdüğü belirlenmiştir (Kirca ve Pasinlioğlu, 2019; Jasani ve ark., 2016; Valoriani ve ark., 2014; Oron ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada hipnozun embriyo transferi esnasında uygulandığında gebelik ve implantasyon oranına etkisine bakılmış ve bu oranın hipnoterapi uygulanan hastalarda daha yüksek düzeyde seyrettiği gözlemlenmiştir

(Levitas ve ark., 2006). Yapılan başka bir çalışmada, IVF tedavisi ve zihin-beden terapisi (HipnozYoga-Meditasyon-Psikoterapi-Gevşeme Yöntemleri) ile beraber gebelik oranları değerlendirilmiş ve zihin-beden terapisi uygulanan kadınlardaki gebelik oranlarının daha yüksek olduğu ortaya konulmuş. Gebelik oranları IVF tedavisi ile birlikte zihin/ beden terapisi ile alan grupta bu oran %43 olarak belirlenirken sadece IVF tedavisi uygulanan kadınlarda %20 olarak saptanmıştır. (Domar ve ark., 2011). Kadınların kullandıkları GETAT uygulamalarının fertiliteye olan uyumunu etkileyebileceği düşünülmektedir ve bu yüzden bu çalışma planlanmıştır.

İnfertilite bölümünde görev alan hemşireler infertil çiftlerin yaşadıkları bu problemlerle baş etmelerine yardımcı olmaktadır. Hemşireler bundan dolayı infertil çiftlerin fertiliteye uyum derecesini değerlendirip bilmek durumundadır (Arslan Özkan ve ark., 2014). İnfertil bireyin fertiliteye uyum düzeyi, mevcut duruma bilişsel davranışsal ve duygusal olarak hazır oluşunu bize gösterir. Bu uyum derecesine bağlı olarak infertil birey baş etme yöntemi olarak GETAT kullanımına yönelebilir. GETAT uygulama durumları ile fertiliteye uyum arasındaki ilişkinin belirlenmesi, hastanın tedavi sürecinin sosyal, ailevi, psikolojik ve bedensel bakımdan konforlu geçirmesi açısından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören kadınların geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve fertilitate uyumu ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. İnfertilite tedavisi gören kadınların geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanım durumu nedir?
2. İnfertilite tedavisi gören kadınların kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri nelerdir?
3. İnfertilite tedavisi gören kadınların fertilitate uyum düzeyi nedir?
4. GETAT kullanan ve kullanmayan kadınların sosyodemografik ve infertilite özelliklerine göre FUÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark mevcut mudur?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

2.1.1. İnfertilite tanımı ve görülme sıklığı

DSÖ'ne göre 12 aydan daha uzun süre korunmasız düzenli cinsel ilişki olmasına rağmen gebelik elde edilememesi durumu olarak tanımlanan infertilite ortalama 80 milyon çifti etkilemekle beraber üreme çağındaki çiftlerin (15-45 yaş) ortalama %10-15'inde görülmektedir (DSÖ, 2002; Zegers-Hochschild ve ark., 2009). İnfertilite National Collaborating Centre for Women's and Children's Health tanımına göre ise 2 yıldan daha uzun süre korunmasız cinsel ilişki olmasına rağmen gebeliğin elde edilememesidir (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health [NCC-WCH], 2004).

Uluslararası yapılan bir çalışmada infertilite prevalansını ABD'de %15, Avrupa'da %15, Doğu Afrika'da %27, ve Orta Asya'da %17 olarak belirlenmiştir. (Petraglia ve ark., 2013). DSÖ, dünyadaki infertil çiftlerin ortalama 60-80 milyon olduğunu bildirmektedir. (DSÖ, 2019). İnfertilite insidansı ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Mevcut verilere göre gelişmekte olan ülkelerdeki infertilite insidansı gelişmiş ülkelere göre daha yüksek oranda seyretmektedir. (Denson, 2006).

Ülkemizde yapılan çalışmalara göre infertilite prevalansının %3.2-20 olduğu belirlenmiştir (Gökler ve ark., 2014). 2013'te yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine bakılarak 15-49 yaş aralığındaki evli, gebe kalamayan kadınların %35.7'si aile planlaması yöntemi kullanmama nedeni olarak infertiliteyi bildirmişlerdir. TNSA-2013 Ön Raporu'na göre gebe kalamadığını ifade eden kadın oranı %6.6 iken bu oran 2018 araştırmasında %3.5 olarak belirlenmiştir. (TNSA,2009; TNSA, 2013; TNSA,2018).

2.1.2. İnfertilite etiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün yürüttüğü 8500 infertil çifti kapsayan bir çalışmada, gelişmiş ülkelerde infertil çiftlerin kadına ait nedenlerden kaynaklanan infertilite oranını %37', erkeğe ait faktörlerden kaynaklanan infertilite oranını %8' ve her iki cinsiyetten kaynaklanan infertilite oranını %35 olarak bildirilmiştir. Toplum temelli yapılan bir çalışmada infertilite kaynağının %26 oranında erkek faktörü (post-testis kusurları, hipogonadizm, seminifer tübül disfonksiyonu), %21 oranında ovulasyon işlev bozukluğu, %14 oranında tüp hasarı, %6 oranında endometriozis, %6 oranında koital sorunlar, %3

oranında servikal faktör ve %28 oranında açıklanamayan infertilite olduğu belirtilmektedir. Gelişmiş ülkelerde son 25 yılda bu infertilite faktörlerinin sıklığı önemli oranda değişmemiştir (Kuohung ve Hornstein, 2019).

2.1.2.1. Kadında infertiliteye neden olan faktörler

İnfertilitenin etiyolojisinde hem kadına hem de erkeğe ait nedenler rol alabilmektedir. Temel olarak incelendiğinde kadın infertilitesinin nedenleri; peritoneal kökenli faktörler, servikal faktör, uterin faktör, tubal faktör, over rezervine ilişkin faktör ve ovulatuvar faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Açıklanamayan infertilite olarak değerlendirilen vaka sayısı %15-30 civarında olup belirli bir faktörle ilişkilendirilmemektedir (ASRM, 2006; Tsevat ve ark., 2017).

2.1.2.1.A Peritoneal faktörler

Geçirilmiş bir pelvik inflamatuvar hastalık veya pelvik cerrahi, endometriozis, pelvik veya adneksiyal lezyonlar gibi peritoneal faktörler infertiliteye sebep olmaktadır (ASRM, 2015a; Anwar ve Anwar, 2016).

2.1.2.1.B Servikal faktörler

Kadına ait infertilite nedenlerinde servikal faktörler %5-10 civarında rol almaktadır. Servikal ortam spermin varlığını sürdürebilmesi için gerekli bir bileşendir. Servikal mukus, ejakülattaki spermleri yakalar ve anormal morfolojiye sahip spermleri filtre ederek spermler için bir nevi rezervuar görevi yapar. Servikal mukusta ortaya çıkan problemler sonucunda bu rezervuar görevi sekteye uğrar. Bu durum infertiliteye neden olur (Karabacak ve Günaydın, 2007; Keefe ve ark., 2012; Arslan-Özkan, 2012).

2.1.2.1.C Uterin faktörler

Uterus, gebeliğin gerçekleşmesi ve terme kadar sürdürülebilmesinde rol alır. Yapısında gerçekleşen konjenital veya adenomiyomlar endometrial polipler, uterin miyomlar gibi edinsel faktörler infertiliteye neden olabilir (Hur ve ark., 2019). Uterin faktörler kadın infertilitesinin ortalama %2-5 kısmını oluşturur. İnfertilitede, uterusla alakalı faktörler hala kesin ve net olarak açıklanamamakla beraber infertilitenin en önemli faktörlerinden biri olan implantasyon başarısızlığı çoğunlukla uterin faktörlerle alakalı olarak görülmektedir (Wu ve ark., 2007).

2.1.2.1.D Tubal faktörler

Kadına yönelik infertilite sebepleri içinde ortalama %25- 30'luk bölümünü tubal faktörler oluşturmaktadır. Fallop tüpleri, ovum ve spermin fertilize olması için gerekli olan bir yapıdır. Geçirilen cerrahiye veya pelvik hasara bağlı gelişen travma, endometriozis, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar tubal hasar ve obstrüksiyona yol açtığından tubal faktör infertilitesine neden olabilir (Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 2005; Wu ve ark., 2007).

2.1.2.1.E Over rezervine ilişkin faktörler

Over rezervi terimi, üreme olasılığını oositlerin kalitesinin ve sayısının bir fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Üreme döneminde ve düzenli menstrual döngüye sahip kadınlarda, düşük over rezervine sahip olanların fekunditesinde ve over stimülasyonunda diğer kadınlara göre azalma görülmektedir (ASRM, 2015a).

2.1.2.1.F Ovulatuvar faktörler

Normal endokrin ve üreme fonksiyonunun bir göstergesi ovulasyondur. Kadına ait infertilitede nedenleri arasında %15-20 oranında görülmektedir. Gebeliğe engel olacak tarzda oligoovulasyon veya anovulasyon olarak görülebilir. İnfertil çiftlerde ilk değerlendirme aşamasında ovulasyonun normallliği saptanmalıdır (Karabacak ve Günaydın, 2007; Arslan-Özkan, 2012; Bodur ve ark., 2013).

2.1.2.2. Erkeklerde infertiliteye neden olan faktörler

Erkeğe ait infertilite nedenleri; sperm fonksiyon bozuklukları, sperm üretim bozuklukları, ve duktal sistemdeki bozuklukları şeklinde 3 başlık altında incelenmektedir.

2.1.2.2.A Sperm üretim bozuklukları

Semen volümü ortalama 2-6 ml civarındadır. Bu miktarda spermin 20 milyonun altında olması, sperm üretimindeki yetersizliği gösterir. Üretimdeki bu bozukluk primer testiküler yetmezlik (hipergonodotropik, hipogonadizm) sebebiyle oluşabilir. Genetik sebeplere bakıldığında, testislerde anatomik bozukluklar (kriptorşidizm, varikosel), veya kliniferter sendromu, gondadotoksin ve enfeksiyon (kabakulak, orşidi) belirtilmektedir (Beckmann ve ark., 2014).

2.1.2.2.B Sperm fonksiyon bozuklukları

Spermin hareketlilik durumu, spermin hayatta kalabilmesi ve taşınabilmesi için gereklidir. Semendeki %60'tan az bir kısımda sperm hareketi mevcut ise bu sperm fonksiyon bozukluğunu gösterir. Sperm fonksiyonuna sebep olan faktörler; antisperm antikorları, genital organların inflamasyonu (prostatit), varikosel, penetrasyon ve sperm yapışma anormallikleri olarak sayılabilir. (Karaca ve Ünsal, 2012; Coşkun, 2012; Beckmann ve ark., 2014; Koca, 2017).

2.1.2.2.C Duktal sistem bozuklukları

Duktal sistem bozuklukları spermin taşınması ve kadının bedeninde canlı kalmasıyla alakalı sorunlardır. Vazektomiden, ejakulatuar duktus obstrüksiyonundan, konjenital bilateral vazdeferans yokluğundan, konjenital veya kazanılmış epididimis, duktal sistemdeki obstrüksiyondan kaynaklanır (Hoffman ve ark., 2015; Koca, 2017).

2.1.2.3. Açıklanamayan infertilite

Bireylerin infertilite sorunuyla karşılaşmalarına rağmen yapılan temel değerlendirmelerde ve tanı testlerinde herhangi bir patolojik duruma rastlanmadığında açıklanamayan infertiliteden söz edilir (ACOG, 2019). Çiftlerin yaklaşık %15'ine tüm temel infertilite testlerinin sonucunda neden ortaya konamamaktadır (Mutlu ve ark., 2013).

2.1.3. İnfertiliteye neden olan risk faktörleri

Fertilitenin birçok unsurdan etkilendiği bilinmekle beraber risk faktörü olarak değerlendirilen bu unsurlar hala net olarak açıklanmamıştır. Fakat yapılan çalışmalarla pek çok faktörün fertilite ile olan ilişkisi ve fertilite ile ilişkisi aydınlatılmıştır (Abiç ve Vefikuluçay Yılmaz, 2019).

Yaş: İnfertiliteyle ilişkisi kurulmuş en önemli faktörlerden biri olan yaşın artmasıyla fertilite arasında negatif bir ilişki vardır (ACOG, 2014; Liu ve Case, 2017). Günümüzde bireylerin eğitim ve kariyere odaklanması, ekonomik sorunlar, evliliğe bakış açısı ve kontrasepsiyonda var olan yeniliklerle son 30 senede kadınlardaki ilk doğum yaşı gitgide artmaktadır. Doğurganlık düzeyi azalma hızı 35 yaşa kadar yavaş düşüş gösterirken, 35 yaştan sonra düşüş hızı artmaktadır. İleri yaş sonucunda oositlerde meydana gelen azalma, kromozom anomalileri, abortus riskindeki artış, siklusa meydana

gelen düzensizlikler, koitus sıklığında azalma, kronik sağlık sorunları görülür ve fertilitiyi olumsuz etkiler (Kelly ve ark., 2006; Homan ve ark., 2007; Çavuşoğlu, 2015).

Stres: İnfertiliteyle alakalı bir diğer faktör strestir. Stres seviyesindeki artış üreme fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir (Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016). Stres otonom sinir sistemine etki ettiği kadar endokrin ve immün sistemde etki ederek fertilitiyi etkiler. Stresin seviyesinde meydana gelen artış oositin fertilize olma oranını düşürmekle beraber gebelik oranının azalmasına neden olabilir. Stresin yüksek seyrettiği sikluslarda gebelik oranlarında düşüş gözlemlenebilir (Klonoff-Cohen, 2005; Homan ve ark., 2007).

Obezite: Obezite fertilitiyi etkileyen sebepler arasında gösterilmiştir. Beden kitle indeksindeki (BKİ) artış ile fertilité arasında negatif bir ilişki vardır. Vücut ağırlığındaki azalma fertilité oranını arttırmakla beraber sağlıklı gebelik oranını da arttırmaktadır. (Çağırın Yılmaz, F. ve Yardımcı, H., 2005). BKİ'si 18'in altında olan kadınlarda ovulasyon sorunları ve siklusta değişiklikler gözlemlenmektedir. Aynı şekilde obezitede de BKİ'nin artmasıyla beraber yine aynı problemler gözlemlenmiştir. Obezitede görülen en önemli endokrin değişiklik insülin direncinde meydana gelen artmadır. Bu durum sonucunda anovulasyon, polikistik over sendromu (PKOS) ve hiperandrojenizm ile karşılaşmaktadır (Kavlak, 2008).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE): Tedavisi tamamlanmamış CYBE ve üreme organ enfeksiyonları genellikle sekonder infertilite nedeni olarak gösterilmektedir. Sekonder infertilite çok eşli yaşam tarzı bulunan ve erken seksüel aktivite gerçekleştiren toplumlarda daha sık görülmektedir. HIV enfeksiyonuna sahip kadınların yaş aralığı 15-44'tür. HIV enfeksiyonu fertilitiyi olumsuz etkilediği kadar doğum sonucunu da olumsuz etkilemektedir. Pelvik enflamatuvar hastalığı olan ve henüz tedavi edilmemiş kadınların %55-85'i infertilite nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmaktadır (İsen ve ark., 2005; Yaylagülü, 2017).

Sigara: Sigara, kimyasal maddeler ve çevresel toksinler fertilitiyi olumsuz yönde etkilemektedir. Üreme sisteminin radyasyona duyarlılığı fazladır ve maruz kalınan dozun ve sürenin sonucunda geçici ya da kalıcı sterilite meydana gelebilir. Kozmetik ürünlerde bulunan kimyasallar abortus riskini arttırmaktadır (Homan ve ark., 2007). Buna dayanarak infertilite tedavisine başvuran kişilerin mesleki ve çevresel olarak değerlendirilmesi tedavi açısından önem taşımaktadır (The National Infertility Association, 2019).

2.1.4. İnfertil çiftlerin değerlendirilmesi

Kadına yönelik tanı testleri

Ultrasonografi, endometrial biyopsi, ovulasyon testleri, endokrin testler, histerosalfingografi, postkoital test, endokrin testleri, histeroskopi ve laparoskopi yöntemleriyle değerlendirilir. (Kılınç,2007; Yıldız-Eryılmaz ark. 2009; Köse,2010; Speroff ve ark., 2011; Yaylagülü, 2017).

Erkeğe yönelik tanı testleri:

Semen analizi, testiküler biyopsi, ultrasonografi ve semen analizi yöntemleriyle değerlendirme yapılır. (Strauss ve Barbieri, 2006; Yıldız-Eryılmaz ark. 2009; Dohle ve ark., 2010; Köse, 2010; Yumru ve Öndeş, 2011; Durgun-Ozan 2013; Zeren,2016).

2.1.5. İnfertilite tedavisi

Yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesiyle beraber infertilite tedavisinde önemli oranda ilerleme sağlanmıştır. İnfertilitenin sebebine göre geri dönüşümü olan sebeplerin düzeltilmesi ve geri dönüşümsüz faktörlerin üstesinden gelinmesi amaçlanmaktadır. (Kuohung ve Hornstein, 2019).

Yardımcı üreme teknikleri

Yardımcı üreme teknikleri başarılı şekilde ilk defa İngiltere’de Prof. Steptoe ve Prof. Edwards tarafından geliştirilmiş ve sonucunda 1978 yılında bebek Louise Brown dünyaya gelmiştir. Ülkemizde ise 1984 senesinde yapılan ön çalışmaların ardından ilk kez 1987 senesinde Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) Merkezi İzmir’de sonrasında 1990 senesinde Ankara’da açılmıştır (Taşkın, 2011).

Yardımcı Üreme Teknikleri gebeliği spontan elde edemeyen her çiftin gebelik elde edebilmesi için uygulanan işlemleri barındıran ileri tekniklerdir (Benli, 2010; Durgun-Ozan, 2013; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

Bu teknikler;

- İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET),
- İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI),

- İntrauterin İnseminasyon (IUI),
- Zigot Intra-Fallopian Transfer (ZIFT),
- Gamet Intra-Fallopian Transfer (GIFT),
- Peritoneal Oosit Sperm Transferi (POST)
- Tubal Embriyo Transferi (TET)'dir (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009; Benli 2010; Çavuşoğlu 2015).

GIFT,TET,ZIFT gibi girişimler invaziv işlem gerektirdiğinden ve uygulamaları zor olduğundan kullanımları bırakılmıştır (Benli, 2010; Erdem 2012). Bunlara ek olarak YÜT olmayan ve sperm elde etmek veya fertilizasyonu sağlamak amacıyla kullanılan bazı yöntemler vardır. Bunlar;

- SUZİ (Subzonal Sperm Enjeksiyonu),
- MESA (Mikrocerrahi İle Epididimal Sperm Aspirasyonu),
- Assisted Hatching (Zona Delinmesi/Yardımla Yuvalanma),
- TESA (Testiküler Sperm Aspirasyonu),
- PZD (Parsiyel Zona Diseksiyonu) (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009).

Intrauterin inseminasyon (IUI)

İnfertilite tedavisinde tercihen ilk adım olarak seçilen bu teknik, ovulasyon döneminde laboratuvar ortamında hazır hale gelen spermelerin uterusun içine verilmesi işlemidir (Karanisoğlu ve Yazıcı 2009). IUI diğer tedavi yöntemlerinin temelini oluşturmaktadır. Diğer yöntemlere kıyasla daha az invaziv işlem içermesi ve daha ucuz olduğundan sık kullanılan bir yöntem olarak kabul edilebilir (Erdoğan ve ark., 2015).

In vitro fertilization (IVF) ve embriyo transferi (ET)

Oosit toplandıktan sonra oosit ve spermelerin bir tüp içerisine bırakılıp fertilizasyonun gerçekleşmesini sağlayan yöntemdir. Fertilizasyon sonrasında meydana gelen embriyoların transferi transservikal olarak uterusu yapılır. İnferilitenin tüm nedenlerinde kullanılan bu teknik YÜT arasında sıklıkla başvuru alan yöntemdir. (Arıcı ve ark., 2006; Kızılkaya-Beji, 2009).

IVF'in aşamaları

1. Ovulasyon indüksiyonunun gerçekleşmesi ve folikül gelişiminin takip edilmesi
2. Oosit Pick- Up
3. Spermin elde edilmesi,
4. Uygun laboratuvar şartlarında oosit ve spermin birleşmesi, fertilizasyon ve erken embriyo gelişimi için uygun ortamın oluşturulması,
5. Embriyoların uterusu transferi (Zeren, 2016).

Tüm bu işlemlerin süresi ortalama 20-30 dakika civarındadır. Luteal fazın desteklenmesi için işlem sonrası progesteron desteği verilebilir. İmplantasyon transfer işleminden 4-6 gün sonra gerçekleşmektedir. Transfer işleminden 12 gün sonra beta-HCG ölçümü yapılır ve test pozitif çıktığında hasta yakın izleme alınır (Arslan-Özkan, 2012).

İntrastoplazmik sperm injeksiyonu (ICSI)

ICSI, şiddetli sperm anomalilerinin olduğu durumlarda IVF ile beraber kullanılmaktadır. İlk 1992'de ortaya çıkan bu yöntem sadece erkek infertilitesinde değil sperm kalitesi normal fakat IVF ile az sayıda embriyo elde edilen ya da hiç elde edilemeyen durumlarda da kullanılır. Ejekülattan veya cerrahi yöntemle elde edilen spermiler içinden en uygun olanı seçilerek oositin içerisine bırakılır (Arıcı ve ark., 2006; Arıcı, 2012; Kaba, 2018).

2.1.6. İnfertilite tedavisinin sonuçları

İnfertilite hem bireyi hem de çevresini etkileyen bir üreme sistemi hastalığıdır. Fiziksel, kültürel, psikolojik, emosyonel, sosyal, ve ekonomik boyutlarda olmak üzere bir çok etkileri bulunmaktadır (Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016; Yücesoy ve ark., 2021). Bireylerin tedaviye verdiği ortak tepkiler anksiyete, şok, yas, yalnızlık, suçluluk, sosyal baskı hissetme, depresyon, benlik saygısında azalma , çocuğa ilişkin gelecek hayallerinin kaybına ve üreme fonksiyon yetersizliğine bağlı kayıp duygusu, ve intihar olarak değerlendirilmiştir (Koca, 2017).

2.1.7. Başarısız tedavi sonucu ve psikososyal uyum

Türk toplumu da inferiliteyi bir çok toplumda görüldüğü gibi kriz olarak dikkate almaktadır. Buna toplumdan kaynaklı baskı da eklendiği zaman sorunun önemi ciddi oranda artırmakta ve infertilite, çok ciddi bir sorun olarak görülmektedir (Özkan ve Baysal, 2006; Şahin Yılmaz, 2012). Başka bir şekilde ifade edilecek olursa infertil çiftin yaşadığı keder ve yasın derinleşmesi ve sürekli hale gelmesinde toplumsal beklentiler büyük rol oynar (Kızılkaya Beji ve Kaya, 2012).

Çocuk sahibi olamama durumunda yaşanan sürece kadın ve erkeklerin verdikleri tepkiler farklıdır. İnfertiliteyi kadınlar daha fazla kişiselleştirirken, özgüvenlerinde azalma meydana gelmekte, stigmatize olduklarına inanmakta, kendi kadınlık rollerinin değersizleştiğini düşünmekte, kayıp duygusu yaşamaktadır. Erkeklerin infertilite yaşadıkları durumda hayal kırıklığı yaşasalar da, değersizlik duygusuna kapılmamaktadırlar. Çocuk sahibi olamama durumunda yaşanan yas sürecinin sebebi açısından da kadın ve erkekler arasında farklılık vardır. Kadınlar gebelik deneyimi yaşamadıkları ve çocuk sahibi olamadıkları için yas reaksiyonu gösterirken, erkekler biyolojik olarak baba olma yetileri olmadığı için yas yaşamaktadırlar (Oğuz, 2004).

YÜT'nin başarı şansının düşük olması, stresli, pahalı, ve fiziksel olarak acı verici (enjeksiyonlar, oosit pick-up, embriyo transferi gibi), çiftleri olumsuz yönde etkiler (Omeland ve ark.; 2005). Bütün bu ekonomik, psikolojik, ve fiziksel etkilenmelere rağmen çiftlerin kendi çocuklarına sahip olma arzusu, yeniden tedaviye başlamak için gerekli gücü vermekte olduğundan çiftler yeniden yeni bir umutla tekrar tedaviye başlamaktadır (Er, 2019).

2.1.8. İnfertilite tanı ve tedavisinin psikososyal etkileri

İnfertilitenin olumsuz etkileri fizikselden ziyade psikososyal sağlık üzerinedir (Taşkın, 2011). Gebe kalamamak veya gebeliğin sürdürülememesi benlik saygısında, sağlık ve bütünlük duygusunda hasara sebep olabilir. Çiftler arasında çatışmalar meydana gelebilir ve eşlerden birinde anatomik ve fizyolojik bir sorunun saptanması sonucunda eşler birbirlerini suçlayabilir (Anıl Yağcıoğlu ve Ayhan, 2008).

“Kısır” tanısı almak bireyde psikolojik problemlere neden olduğu kadar evlilik ve cinsellik alakalı problemlere de sebep olabilmektedir. İnfertilite bu nedenle psikososyal bir sorun olarak görülebilmektedir (CETAD, 2015).

Kadınlar infertiliteyle ilişkili genel sağlık problemlerini stresi ve sosyal kaygıları erkeklere göre daha yoğun yaşamaktadır (Cserepes ve ark., 2013). 130 infertil çift ile yapılan bir çalışmada klinik depresyon oranı kadınlarda %33.10 oranında gözlemlenirken bu oranın erkeklerde %10 olduğu saptanmıştır. Kadınlardaki depresyon puan ortalaması erkeklerinkine göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiş ve aralarındaki fark anlamlı belirlenmiştir (Ak, 2001). İnfertil çiftlerin yaşadığı duygu durumları belirlemek için yapılan başka bir çalışmada kadınlarda anksiyete, depresyon ve yalnızlık hissinin erkeklere oranla daha fazla olduğu, günümüzde bile çiftler üzerinde sosyal baskının çiftler üzerinde etkin olduğu belirlenmiştir (Oltuluoğlu ve ark., 2014).

İnfertil kişilerde görülebilecek psikolojik yanıtlar (Oskay ve ark., 2009)

Emosyonel tepkiler

- Şok-inkar Öfke-hayal kırıklığı
- Anksiyete
- Suçluluk
- Yas ve depresyon

Kişilik, özgüven ve inançlara etkisi

- Özgüven kaybı, yetersizlik duyguları
- Kişilik problemleri veya değişimleri
- Bakış açısının değişmesi

Kontrol kaybı

- Gelecek ile ilgili plan yapamama
- Duygularda, günlük aktivitelerde kontrol kaybı

Sosyal etkiler

- Evlilik uyumuna etkisi
- Sosyal ilişkilerin bozulması
- Cinsel fonksiyonlara etkisi
- Yalnızlık, utanç

2.2. İnfertilite ve Fertilite Uyum

İnfertilitede fertilite uyumu; bireylerin çocuk sahibi olma veya olamama olasılıklarını davranışsal, bilişsel ve duygusal açıdan sürdürebilmeleri olarak tanımlanmıştır (Glover ve ark., 1999). Bireyin uyumu ve öz yeterlilik algısı tedavi sürecindeki tutum ve davranışlarında önemli bir etkiye sahiptir (Durgun-Ozan, 2018).

İnfertilite tedavisi farklı tedavi yöntemlerinin ve girişimlerin uygulandığı durağan olmayan bir süreçtir. Bu nedenle kişilerin tedavi boyunca infertiliteden etkilenme durumları artmaktadır (Verhaak ve ark., 2007).

Yapılan bir çalışmada infertil kadınların fertilite uyum düzeyleri değerlendirilmiş ve düşük bulunmuştur. Bu yüzden infertilite biriminde çalışan sağlık profesyonellerinin infertil kadınları fertilite uyum düzeyi bakımından da değerlendirmesi ve uyum sorununun yol açtığı olumsuz etkileri göz ardı etmemesi gerektiğini savunmaktadır (Bilgiç ve ark., 2016).

Başarısız tedavi denemeleri sonucunda çocuk sahibi olmak için ısrar eden kadınlara kıyasla kendine yeni bir amaç edinen kadınların çocuksuz hayata daha iyi adapte oldukları belirtilmektedir. Bu nedenle başarısız tedaviler sonunda kadınların yaşamını yeniden şekillendirme ve yeni bir yaşam amacı edindirme konusunda desteklenmesi önerilmektedir (Verhaak ve ark., 2007).

2.2.1. İnfertil çiftte fertilite uyum açısından hemşirelik yaklaşımı

İnfertilite çiftlerin sosyal hayatlarını, cinsel yaşamlarını, evlilik durumlarını, duygusal durumlarını, bedensel imgelerini, benlik saygılarını ve gelecek planlarını olumsuz olarak etkileyen bir yaşam krizidir (Aydın ve Beji,2013). İnfertilite problemi bir yaşamsal bir kriz olarak tanımlandığından bireylere destek ve danışmanlık sağlanması gerekmektedir (Beji ve Kaya, 2012).

İnfertilite biriminde çalışan tüm sağlık profesyonellerinin infertil bireye danışmanlık yapma sorumluluğu bulunmaktadır. İnfertil bireylerle en sık vakit geçiren ve karşılaşan sağlık profesyonelleri olan hemşireler danışmanlık ve eğitim için son derece uygun pozisyonadadır (Güngör, 2012). Bireyler hemşireyi problemlerini kolayca ifade edebilecekleri bir sağlık personeli olarak görmesinden dolayı bireyin ve çiftin stres

düzeyini belirleyip yol gösterici olmak ve psikososyal destek almaya yönlendirmek gibi görevleri de mevcuttur (Karaca ve Ünsal, 2012; Koca, 2017).

İnfertilite hemşireliğinde verilen bakımın temel amacı çiftin sosyal, psikolojik ve fiziksel durumuna yönelik genel bir değerlendirme sağlanması ve belirlenen sorun ve ihtiyaçlara yönelik uygun bakımın oluşturulmasıdır (Eryılmaz ve ark., 2009; Durgun Ozan ve Okumuş., 2013; Allan ve Mounce, 2015).

2.3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

GETAT; psikolojik ve bedensel hastalıkların teşhis ve tedavisiyle beraber sağlığın devamlılığını sağlamak için farklı gelenek, deneyim ve inanışlara dayanan, açıklanabilen ya da açıklanamayan uygulamaların tümüdür (Sağlık Bakanlığı, 2017). Son otuz yıldır İnfertilitede GETAT uygulamalarının kullanıldığı ve buna karşın kanıt değeri yüksek çalışmaların çok az olduğu bilinmektedir (Özcan ve Beji, 2016; Özkan ve ark., 2018).

2.3.1. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın tarihçesi

Yüzyıllar boyu geleneksel tedavileri kullanan şamanlar, iyileştiriciler, şifacılar gibi kişilerin var oldukları, bunların sülük, kan akıtma, şifalı bitkilerden ilaç hazırlama gibi birçok yöntemin önderi oldukları bilinmektedir (Şen, 2017). Kullanılan bu yöntemlerde deneysel ve sihirselsel metotlar ortaya çıkmaktadır (Bayat, 2016). Hastalıklara karşı çaresiz kalınması sonucunda çare için ilahi bir güçten destek alınarak önleneceğine inanılmaktadır (Kaplan, 2010).

Modern eczanın kuruluşu ve tıpta uzmanlık alanlarının oluşmasıyla geleneksel uygulamaların şekil değişmiş hali olan alternatif uygulamaların tarihi başlamıştır (Sütçü, 2018). Modern dönemde hastaları ve tıbbi eğitimsiz kişilerden korumak hedeflenmiştir. Böylelikle alternatif tedavi daha somutlaşmış ve yaygınlaştırılmıştır. Batıda laikleşmeyle beraber rasyonel tıba eğilim artmıştır. Fakat üfürükçüler, astrologlar, rahipler şifacılar ve ruhbanlar önemini korumuştur (Lindemann, 2013). Ondokuzuncu yüzyılda bile şifacılar önemini yitirmemiştir. Fakat 19. yüzyılın ortalarında deneysel ve bilimsel yöntemlerin artmasıyla beraber gelenekçi yöntemlere olan ilgi azalmıştır. Bunda yeni tedavi yöntemlerinin ve medikal araçların kullanımının olmasının etkisi büyük rol alır. Geleneksel yöntemler bu yeniliklere ayak uyduramadığından geri kalmış uygulamalar olarak görülmüştür. Buna karşın post modern dönemde bile modern ve geleneksel tıp

birbirinden ayırlamamıştır. Hatta geleneksel-alternatif tıp yöntemleri tedavide geniş bir yer teşkil etmiştir (Illich,1995).

2.3.2.Dünyada geleneksel ve tamamlayıcı tıp

GETAT kullanımı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. DSÖ'ne göre GETAT kullanımı popüler hale gelip daha da yaygınlaşmıştır. Çin'de verilen sağlık hizmetlerinin %40'ını GETAT oluşturmaktadır. GETAT kullanım oranı Şili'de %71, Kolombiya'da %40 ve Hindistan'da %71 olarak belirlenmiştir. Fransa, Kanada, Avustralya, Belçika ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde de GETAT kullanımının popülerliği artmıştır (Ünal, 2014). Uygulamaların kullanımı ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle beraber endüstrileşmiş ülkelerde %50'den fazla GETAT kullanımı olduğu bilinmektedir (Sarışen ve Çalışkan, 2005).

Gelişmekte olan ülkelerde azınlık dışındaki herkes için GETAT tek tedavi kaynağıyken, zengin ülkelerde bireyler GETAT'ni kendi inançları doğrultusunda seçerler (Debas, 2006). Yapılan araştırmalarda GETAT kullanım oranlarının ABD'de %40, gelişmekte olan ülkelerde %96'larda ve gelişmiş ülkelerde %70-90 civarında olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte GETAT için yapılan harcamalar gün geçtikçe artmaktadır. Bu harcama 1990 yılında 23 milyar dolar,1997 yılında 33 milyar dolar olduğu ve 2008 yılında bu harcamaların 84 milyar doları bulduğu bilinmektedir. (Cueller ve ark., 2003; Robinson ve ark., 2011).

2015 yılında 14 ülke çapında toplam 956 kişiyle yapılan bir çalışmaya göre bireylerin ortalama %35.9'unun GETAT uygulamalarına başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca GETAT kullanım oranı İsrail'de %33, İngiltere'de %30 ve Danimarka'da %36 olarak belirlenmiştir (Molassiotis, 2005).

2.3.3.Türkiye'de geleneksel ve tamamlayıcı tıp

“Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” ülkemizde GETAT ile ilgili mevcut olan ilk yasal düzenlemedir ve 1991 yılında çıkarılmıştır. Akupunktur tedavisinin yönetmelikte bilimsel bir temele dayandırılması amaçlanmakta ve kimlerin uygulanabileceği, uygulayan kişilerin ne tarz eğitimlerden geçmesi gerektiği gibi bilgiler yer almaktadır. Bu hizmeti sunan sağlık kuruluşları için 2004 yılında bir yönetmelik çıkarılmıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2014).

2001 yılında İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde Tamamlayıcı Tıp Bölümü kurulmuştur. Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Danışma Kurulu ise 2003 yılında kurulmuştur (Kalyan, 2007).

Son olarak 2014 yılında “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” çıkarılmıştır ve GETAT uygulamaları farklı bir boyuta taşınmıştır (Öztürk ve ark., 2020).

Ülkemizdeki kadınların GETAT kullanma oranının Edirne ve ark., (2010), %82, Özkan ve ark., (2018), Başgöl ve Beji (2016), %51 olduğu belirlenmiştir.

2.3.4. Geleneksel ve tamamlayıcı uygulamaları

Kuşaktan kuşağa aktarılan değerler, inançlar ve toplumun sahip olduğu kültürün diğer öğelerinden yola çıkarak ulaşılacak bilgilerin hastalıkların tedavisinden kullanılması geleneksel tıp veya halk tıbbı olarak adlandırılır. (Ersoy,2014; Sütçü,2018). GETAT, “Genellikle tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen çeşitli medikal ve sağlık bakım sistemleri, yöntemler ve ürünlerinden oluşan bir grup uygulama” şeklinde tanımlanmaktadır (National Center for Complementary and Integrative Health, 2021).

2.4.İnfertilitede Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve Hemşirelik

Günümüzde YÜT birçok çiftin çocuk sahibi olmasına yardımcı olmaktadır (ACOG, 2019). Çiftler çocuk sahibi hayalini gerçekleştirmek için tedavi öncesinde, sırasında ya da başarısız sonuçlanan tedavi sonunda tedavinin başarı şansını arttırmak için GETAT yöntemlerine başvurmaktadır (Uludağ, 2018). Bu yöntemlerin, yaşam kalitesini iyileştirmek, tedaviyi sağlamak, destek olmak, uykuyu düzenlemek, kendini iyi hissetmek, fiziksel ve psikolojik yönden kişiye desteklemek gibi olumlu etkileri vardır (Tekçi, 2017).

Oligospermili idiyopatik infertil erkeklerin tedavisinde GETAT’nin etkilerinin incelendiği bir çalışmada bitkisel ürünlerin sperm üzerinde hacim, sayı ve motilite yönünden etkisi olduğu ortaya konmuştur (Devi ve ark., 2004). Erkek infertilitesinde akupunkturun etkisini inceleyen sistematik bir derlemede sperm kalitesinin arttığı belirlenmiştir (He ve ark., 2015). YÜT ile tedavi olan infertil çiftlerde yoganın fertilité üzerine etkisini belirlemek için yapılan bir çalışmada yoganın hem kadın hem erkekte

fizyolojik ve psikolojik olarak olumlu etki bıraktığı, çiftlerde fertilite oranını ve tıbbi başarıyı arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Darbandi ve ark., 2018). Yapılan başka bir çalışmada fitoöstrojen içeren karayılan otu 1-12 günlük sikluslarda günde ortalama 120mg verilmişti ve bu durumun LH seviyesinde artışa neden olduğu ortaya konmuştur. Fitoöstrojenle yürütülen çalışmalar sonucunda endometrial kalınlık, açıklanamayan infertilite, gebelik oranlarında ve östrojen seviyesinde anlamlı bir fark elde edilmiştir (Unfer, 2004; Şahin ve ark., 2009).

İnfertil çiftlerin bu dönemde yaşadıkları olumsuzluklarla baş etmelerine yardım edilmesi için öncü olan sağlık profesyonelleri hemşirelerdir (Arslan Özkan ve ark., 2014). Hemşireler infertilitenin her aşamasında önemli ve etkin bir role sahiptir. Hemşirelerin bu süreçte öykü alma, değerlendirme, tanılama, tanı testlerinin takibi, uygulanacak tedaviyi destekleme, çiftin eğitimi gibi görev ve sorumlulukları mevcuttur. Hemşirelerin GETAT yöntemleri hakkında bilinçli olması, hastalara ve yakınlarına bu yöntemlerle alakalı danışmanlık rollerini gerçekleştirmeleri açısından çok önemlidir. GETAT yöntemlerinin zarar ve yararlarını bilen, farkında olan hemşireler, hastasını takip ederken olası yan etkileri hakkında daha bilinçli olur ve daha yakından gözlemleyebilir bu sayede infertil bireyin zarar görmesini engelleyebilir (Amanak ve ark., 2013). İnfertil birey, tedavi veya tedaviye destek amaçlı GETAT uygulamalarına yönelebilir. Bireyin sürece uyumunun artması, kendini iyi hissetmesi, fiziksel ve psikolojik olarak desteklenmesi için hemşirenin bu süreçte infertil bireyin yanında olup desteklemesi gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın Türkiye genelinde 24 hastanesi ve 16 tıp merkezi bulunan bir özel zincir hastaneler grubunun İstanbul Ataşehir’de bulunan 298 yataklı genel hastane özelliğindeki şubesinde gerçekleştirilmiştir. Hastanede bulunan Tüp Bebek ve Üreme Sağlığı ünitesinde beş yatak, bir işlem odası bulunmaktadır. Haftalık ortalama 30 çift infertilite değerlendirmesi için başvurmaktadır. Değerlendirme sonrası tedaviye başlama veya başlamama kararı verilmektedir. Üniteye İntrauterin İnseminasyon (IUI), İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET), İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI), Mikroskopik Testiküler Sperm Ekstrasyonu(Micro TESE) ve Testiküler Sperm Aspirasyonu (TESA) işlemleri uygulanmaktadır. Birimde iki hekim, sekiz hemşire üç embriyolog görev almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tüp Bebek ve Üreme Sağlığı Ünitesi’ne aylık ortalama 75-80 çiftin infertilite tedavisine başlanmaktadır. Bu bilgi kullanılarak, evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılmış, %95 güven aralığı, %5 hata ve %15 görülme sıklığı ile 163 infertil kadın olarak belirlenmiştir (DSÖ, 2010).

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N - 1) + t^2pq}$$

$$n = \frac{960 \times (1,96)^2 \times 0,15 \times 0,85}{(0,05)^2(960 - 1) + (1,96)^2 \times 0,15 \times 0,85} = 163$$

N: evrendeki birey sayısı – 960 (12 aylık toplam)

n: örneklem alınacak birey sayısı - 163

p: incelenen olayın görölüş sıklığı - 0.15

q: incelenen olayın görölmeş sıklığı (1-p) - 0.85

t: belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değeri – 1.96

d: olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen standart sapma - 0.05

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- İnfertilite tanısı nedeniyle tedaviye başlayan,
- Türkçe okuma yazma bilen,
- İletişim güçlüğü yaşamayan kadınlar çalışma kapsamına alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri toplama araçları

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2): Tanıtıcı Bilgi Formu üç bölümden oluşmaktadır. Sosyodemografik verileri içeren bölümde 11 soru, İnfertilite özelliklerini içeren bölümde yedi soru ve GETAT kullanım özellikleri bölümünde altı soru yer almaktadır.

Fertilite Uyum Ölçeğı (EK-3): Fertility Adjustment Scale (Fertilite Uyum Ölçeğı (FUÖ)), bireylerin fertilite problemlerine ve tedavi sonuçlarına verdikleri psikolojik tepkileri değerlendirmek amacıyla Glover ve ark., (1999) tarafından, geliştirilmiştir. FUÖ, fertilite problemi olan bireylere özgüdür ve bireylerin çocuklu ve çocuksuz yaşam olasılığını ne ölçüde düşündüklerini veya kabul ettiklerini değerlendirmek için tasarlanmıştır. Ölçeğın Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Arslan ve Okumuş (2016) tarafından yapılmıştır. Türkçe FUÖ, dörölü likert tipinde, (1-Bana hiç uymuyor, 2-Bana biraz uyuyor, 3-Bana çok uyuyor, 4-Bana tamamen uyuyor) arasında derecelendirmesi olan, 10 maddelik bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40'tır. Maddeler pozitif ve negatif ifadeler açısından yanıtları etkilememek adına dengelenmiştir. Pozitif maddeler ters skordur. Toplam skor bireysel maddeler üzerinden skorlanarak elde edilir. Yüksek puan, yetersiz uyumun göstergesi olarak düşünölür. Türkçe ölçeğın alt boyutları ve Cronbach α kat sayı değeri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Fertilit  uyum  l eği (FU ) alt boyutları

Fertilit� Uyum �l�eği (FU�)Alt Boyutları	Maddeler	Min-Max	Cronbach Alfa katsayısı	Bu �alışmanın Cronbach Alfa katsayısı
�ocuk sahibi olmaya sıkışıp kalma	2, 3, 5, 6, 9	5-20	0.80	0.673
Çocuksuz bir hayatı kabul etme	1*, 4*, 7*, 8*, 10*	5-20	0.71	0.686
Toplam	10	10-40	0.81	0.687

* Ters numaralandırılmaktadır.

3.4.2. Veri toplama araçlarının uygulanması

Etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra tedavi için birime gelen kadınlar ile bekleme salonunda görüşülüp araştırmanın amacı açıklanmıştır ve araştırmaya katılmaya yazılı onam verenler görüşme odasına alınmıştır ve veri toplama formlarını doldurmaları istenmiştir. Formların doldurulma süresi 15-20 dakikadır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değer), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değer) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değerşkenlerin ikili karşılaştırmaları için varyansların homojenliği dikkate alınarak Tukey yöntemi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değer), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmıştır “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değer) yöntemi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değerşkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.6. Etik Kurul Onayı

Araştırmaya başlamadan önce T.C. Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 61351342 Nolu izin (Ek:4) ve araştırmanın yürütüleceği kurumdan izin alınmıştır. Ayrıca, araştırmaya dahil olan infertil kadınlardan aydınlatılmış onam alınmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik, İnfertilite ve GETAT Kullanım Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 2: Kadınların Sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgularının dağılımı (n=167)

Sosyo-demografik özellikler		n	%
Yaş sınıfı [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 34.95 \pm 4.98$ (yıl)]	≤ 29	22	13.2
	30-34	58	34.7
	35-39	51	30.5
	≥ 40	36	21.6
Eğitim düzeyi	İlkokul	4	2.4
	Ortaokul	7	4.2
	Lise	20	12.0
	Lisans ve üzeri	136	81.4
Çalışma durumu	Evet	127	76.0
	Hayır	40	24.0
Eş eğitim düzeyi	İlkokul	2	1.2
	Ortaokul	5	3.0
	Lise	31	18.6
	Lisans ve üzeri	129	77.2
Eş çalışma durumu	Evet	162	97.0
	Hayır	5	3.0
Aile yapısı	Çekirdek aile	154	92.2
	Geniş aile	13	7.8
Sosyal güvence	Var	160	95.8
	Yok	7	4.2
Sosyal güvence türü* (n=218)	Emekli sandığı	17	10.2
	SSK	113	67.7
	Bağ-kur	12	7.2
	Özel sigorta	66	39.5
	Diğer	10	5.9
Ailenin gelir düzeyi	Gelir giderden az	12	7.2
	Gelir gidere denk	78	46.7
	Gelir giderden fazla	77	46.1
Sigara kullanımı	Evet	31	18.6
	Hayır	136	81.4
Alkol kullanma	Evet	42	25.1
	Hayır	125	74.9

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler toplam örnek sayısına göre satır bazlı olarak belirlenmiştir.

Tablo 2’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların yaş ortalamasının 34.95 ± 4.98 (yıl) ve %30.5’inin 35-39 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Ayrıca %81.4’ünün *lisans/üzeri* mezun olduğu, %76.0’sının *çalıştığı*, %77.2’sinin eşinin *lisans/üzeri* mezun olduğu ve %97.0’sinin eşinin *çalıştığı* belirlenmiştir. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların %92.2’sinin *çekirdek aile* tipinde

olduğu, %95.8'inin *sosyal güvencesi* olduğu, sosyal güvencesi olanların %67.7 SSK güvencesi olduğu belirlenmiştir. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların %46.7'sinin *gelirinin giderine denk* olduğu, %81.4'ünün *sigara kullanmadığı* ve %74.9'unun *alkol kullanmadığı* belirlenmiştir.

Tablo 3: Kadınların infertilite özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (n=167)

İnfertilite özellikleri		n	%
İnfertilite tedavisi	İnseminasyon	4	2.4
	Hormon	3	1.8
	İnseminasyon + hormon replasmanı	3	1.8
	İnseminasyon + hormon replasmanı + IVF	97	58.1
	İnseminasyon + varikosel tedavisi	1	0.6
	IVF	59	35.3
İnfertilite kaynağı	Kadın kaynaklı	48	28.7
	Erkek kaynaklı	24	14.4
	Nedeni bilinmeyen	72	43.1
	Hem kadın hem erkek kaynaklı	18	10.8
	Diğer	5	3.0
Tedaviye karar veren	Kadın	14	8.4
	Eşiyle birlikte	153	91.6
Çocuk olmadığı için eşin tutumunda değişiklik	Yok	166	99.4
	Var	1	0.6
İnfertilite nedeniyle psikolojik destek ihtiyacı	Yok	142	85.0
	Var	25	15.0

Tablo 3'te katılımcıların infertilite özelliklerine ilişkin dağılımları verilmiştir. Kadınların %58.1'inin *aşılama + hormon + tüp bebek* tedavisi olduğu, %43.1'inin *infertilite nedeninin bilinmediği*, %91.6'sının *infertilite tedavisine eşiyle birlikte karar verdiği*, %99.4'ünün *çocuk olmadığı için eş tutumunda bir değişiklik olmadığı* ve %85'inin infertilite nedeniyle *psikolojik destek ihtiyacı olmadığı* belirlenmiştir.

Tablo 4: İnfertiliteyle ilişkili bazı nicel bulguların dağılımı

Değişken (N=167)	Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.
Çocuk olmama süresi (tanı yılı)	3.45	3.51	2.0	0.2	24.0
Tedavi süresi (yıl)	1.59	1.86	1.0	0.1	10.0

Tablo 4'te katılımcıların bazı nicel bulguların dağılımı verilmiştir. Kadınların *çocuk olamama sürelerinin* ortalamasının 3.45 ± 3.51 (yıl) olduğu belirlenmiştir. Buna ek olarak, *tedavi süresi* ortalamasının 1.59 ± 1.86 (yıl) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5: Kadınların GETAT kullanım durumlarına ilişkin bulguların dağılımı (n=167)

Değişken		n	%
İnfertilite nedeniyle GETAT kullanma	Hayır	86	51.5
	Evet	81	48.5
GETAT kullanım amacı (n=81)	Tedavi amaçlı	25	30.9
	Destek amaçlı	56	69.1
Kullanılan GETAT yöntemleri (n=305)	Bitkisel temelli	227	74.4
	Zihin-beden temelli	58	19.0
	Enerji terapisi temelli	20	6.6
Bitkisel temelli GETAT yöntemleri (n=227)	Bitki çayı	28	12.3
	Yeşil sebze	30	13.2
	Kuruyemiş	46	20.3
	Takviye vitamin	62	27.4
	Zencefil	5	2.2
	Bal	27	11.9
	Çörek otu	8	3.5
	Isırgan otu	2	0.9
	Havuç	12	5.3
	Diğer	7	3.0
Zihin-beden temelli GETAT yöntemleri (n=58)	Meditasyon	10	17.2
	Yoga	7	12.1
	Psikoterapi	3	5.2
	Dini uygulamalar	33	56.9
	Diğer	5	8.6
Enerji terapisi temelli GETAT yöntemleri (n=20)	Akupunktur	5	25.0
	Nefes Çalışması	14	70.0
	Çakra terapisi	1	5.0
Tedavi sırasında GETAT kullanma (n=81)	Evet	21	25.9
	Hayır	60	74.1

Tablo 5’te katılımcıların GETAT kullanım durumlarına ilişkin bulguların dağılımı verilmiştir. Kadınların nerdeyse yarısının (%48.5) infertilite tanısı konduktan sonra GETAT yöntemlerinden birini kullandığı tespit edilmiştir. GETAT yöntemi kullananların %69.1’inin *destek amaçlı* kullandığı ve en çok kullanılan GETAT yönteminin %74.4 oranı ile *bitkisel temelli yöntemlerin* olduğu belirlenmiştir. Bitkisel temelli yöntemlerden en fazla %27.4 oranında *takviye vitamin*, zihinsel beden temelli yöntemlerden en fazla %56.9 oranında *dini uygulamalar* ve enerji terapisi yöntemlerinden en fazla %70 oranında *nefes çalışması* kullanıldığı belirlenmiştir.

4.2. Katılımcıların Fertilite Uyum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Tablo 6: Fertilite Uyum Ölçeği (FUÖ) puanlarının dağılımı (n=167)

Ölçek		Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.
Fertilite uyum ölçeği (FUÖ)	<i>Çocuk sahibi olmayı isteme</i>	9.58	2.87	9.0	5.0	17.0
	<i>Çocuksuz yaşamı kabullenme</i>	11.14	2.84	11.0	5.0	18.0
	FUÖ – Toplam	20.73	4.31	21.0	11.0	30.0

Tablo 6’da FUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Kadınların FUÖ toplam puan ortalamasının 20.73 ± 4.31 , çocuk sahibi olmayı isteme alt boyutu puan ortalamasının 9.58 ± 2.87 ve çocuksuz yaşamı kabullenme alt boyutunun puan ortalamasının 11.14 ± 2.84 olduğu belirlenmiştir.

4.3. GETAT Kullanmayan Katılımcıların Sosyodemografik ve İnfertilite Özelliklerine Göre Fertilite Uyum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 7: GETAT kullanmayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Fertilite Uyum Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	n	GETAT kullanmayan					
		<i>Çocuk sahibi olmayı isteme</i>		<i>Çocuksuz yaşamı kabullenme</i>		FUÖ – Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Yaş sınıfı							
≤ 29 ⁽¹⁾	10	10.50 $\pm$ 3.95	10.5 [7.3]	11.50 $\pm$ 2.22	11.5 [4.0]	22.00 $\pm$ 5.03	22.5 [9.5]
30-34 ⁽²⁾	28	9.82 $\pm$ 3.23	9.5 [4.0]	12.25 $\pm$ 2.85	12.0 [5.0]	22.07 $\pm$ 4.68	22.5 [6.5]
35-39 ⁽³⁾	27	9.18 $\pm$ 2.56	9.0 [4.0]	11.07 $\pm$ 2.79	11.0 [4.0]	20.26 $\pm$ 4.25	20.0 [7.0]
≥ 40 ⁽⁴⁾	21	9.80 $\pm$ 2.89	9.0 [4.5]	9.95 $\pm$ 2.44	10.0 [4.5]	19.76 $\pm$ 3.70	20.0 [4.5]
İstatistiksel analiz*		F=0.511		F=3.030		$\chi^2=4.540$	
Olasılık		p=0.675		p=0.034		p=0.209	
Fark				[2-4]			
Eğitim							
Lise ve altı	17	11.35 $\pm$ 2.73	11.0 [4.5]	12.41 $\pm$ 3.04	12.0 [4.5]	23.76 $\pm$ 4.11	23.0 [6.0]
Lisans ve üzeri	69	9.29 $\pm$ 2.96	9.0 [4.5]	10.94 $\pm$ 2.63	11.0 [4.0]	20.23 $\pm$ 4.22	20.0 [6.0]
İstatistiksel analiz		Z=-2.524		t=1.998		t=3.105	
Olasılık		p=0.012		p=0.049		p=0.003	
Çalışma							
Evet	66	9.51 $\pm$ 2.96	9.0 [5.0]	11.23 $\pm$ 2.85	11.0 [4.0]	20.74 $\pm$ 4.49	21.0 [6.3]
Hayır	20	10.30 $\pm$ 3.18	9.0 [5.0]	11.25 $\pm$ 2.53	11.0 [3.5]	21.55 $\pm$ 4.16	21.5 [7.0]
İstatistiksel analiz		t=-1.019		t=-0.032		t=-0.715	
Olasılık		p=0.311		p=0.975		p=0.476	
Eş eğitim							
Lise/altı	21	11.00 $\pm$ 3.03	10.0 [5.0]	11.81 $\pm$ 2.50	12.0 [4.0]	22.81 $\pm$ 4.28	23.0 [6.0]
Lisans/üzeri	65	9.28 $\pm$ 2.91	9.0 [4.5]	11.05 $\pm$ 2.83	11.0 [4.0]	20.32 $\pm$ 4.31	20.0 [6.0]
İstatistiksel analiz		Z=-2.173		t=1.102		t=2.302	
Olasılık		p=0.030		p=0.274		p=0.024	
Aile yapısı							
Çekirdek	80	9.65 $\pm$ 3.01	9.0 [5.0]	11.21 $\pm$ 2.79	11.0 [4.0]	20.86 $\pm$ 4.38	21.0 [7.0]
Geniş	6	10.33 $\pm$ 3.33	9.0 [6.5]	11.50 $\pm$ 2.59	11.0 [4.8]	21.83 $\pm$ 5.19	21.0 [8.3]
İstatistiksel analiz*		Z=-0.426		t=-0.244		t=-0.518	
Olasılık		p=0.670		p=0.808		p=0.606	
Gelir düzeyi							
Gelir<gider	5	10.20 $\pm$ 2.16	9.0 [4.0]	12.00 $\pm$ 3.39	14.0 [6.0]	22.20 $\pm$ 4.65	23.0 [9.0]
Gelir=gider	43	9.67 $\pm$ 3.22	9.0 [5.0]	11.74 $\pm$ 2.60	12.0 [3.0]	21.44 $\pm$ 4.51	22.0 [6.0]
Gelir>gider	38	9.63 $\pm$ 2.92	9.0 [4.3]	10.55 $\pm$ 2.79	10.5 [5.0]	20.18 $\pm$ 4.25	20.0 [7.3]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=0.282$		$\chi^2=3.880$		F=1.041	
Olasılık		p=0.869		p=0.144		p=0.358	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 7’de GETAT kullanmayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Fertilite Uyum Ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. GETAT kullanmayanlarda yaş sınıflarına göre *çocuksuz yaşamı kabullenme* puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.034$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; 30-34 yaş grubunda olanlar ile ≥ 40 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 30-34 yaş grubunda olanların *çocuksuz yaşamı kabullenme* puanları, ≥ 40 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

GETAT kullanmayanlarda eğitim düzeyine göre *çocuk sahibi olmayı isteme* puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.012$). *Lise/altı* eğitim düzeyinde olanların *çocuk sahibi olmayı isteme* puanları, *lisans/üzeri* mezun olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

GETAT kullanmayanlarda eğitim düzeyine göre *çocuksuz yaşamı kabullenme* puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.049$). *Lise/altı* eğitim düzeyinde olanların *çocuksuz yaşamı kabullenme* puanları, *lisans/üzeri* mezun olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

GETAT kullanmayanlarda eğitim düzeyine göre FUÖ – Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.003$). *Lise/altı* eğitim düzeyinde olanların FUÖ – Toplam puanları, *lisans/üzeri* mezun olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

GETAT kullanmayanlarda eş eğitim düzeyine göre *çocuk sahibi olmayı isteme* puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.030$). Eşi *lise/altı* eğitim düzeyinde olanların *çocuk sahibi olmayı isteme* puanları, *lisans/üzeri* mezun olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

GETAT kullanmayanlarda eş eğitim düzeyine göre FUÖ – Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.024$). Eşi *lise/altı* eğitim düzeyinde olanların FUÖ – Toplam puanları, *lisans/üzeri* mezun olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8: GETAT kullanmayan katılımcıların infertilite özelliklerine göre Fertilite Uyum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması (n=167)

İnfertilite Özellikleri	n	GETAT kullanmayan					
		Çocuk sahibi olmayı isteme		Çocuksuz yaşamı kabullenme		FUÖ – Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
İnfertilite nedeni							
Kendisi	28	9.36±2.94	9.0 [4.0]	10.67±3.07	11.0 [5.0]	20.04±4.69	19.5 [7.8]
Eşi	14	9.71±3.54	8.5 [5.8]	11.64±2.31	12.0 [5.0]	21.36±5.12	21.0 [10.5]
Bilinmeyen	32	9.78±3.06	9.0 [5.0]	11.22±2.68	11.0 [4.0]	21.00±4.09	22.0 [5.8]
Kendi + eşi	9	10.56±2.35	11.0 [3.0]	11.22±2.36	11.0 [3.0]	21.78±3.92	21.0 [7.5]
İstatistiksel analiz		F=0.363		F=0.429		F=0.509	
Olasılık		p=0.780		p=0.733		p=0.677	
Tedaviye karar veren							
Kadın	9	9.78±3.15	10.0 [4.0]	12.22±2.58	12.0 [4.0]	22.00±4.00	22.0 [5.5]
Eşiyle birlikte	77	9.69±3.02	9.0 [5.0]	11.11±2.78	11.0 [4.0]	20.80±4.46	21.0 [7.0]
İstatistiksel analiz		Z=-0.071		Z=-0.880		t=0.767	
Olasılık		p=0.943		p=0.379		p=0.445	
Psikolojik destek							
Hayır	77	9.58±2.97	9.0 [5.0]	11.29±2.62	11.0 [4.0]	20.88±4.20	22.0 [6.5]
Evet	9	10.67±3.35	11.0 [5.0]	10.67±3.96	10.0 [6.5]	21.33±6.21	20.0 [12.0]
İstatistiksel analiz		Z=-0.986		t=0.647		Z=-0.035	
Olasılık		p=0.324		p=0.519		p=0.972	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 8’de GETAT kullanmayan katılımcıların infertilite özelliklerine göre Fertilite Uyum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. GETAT kullanmayan kadınların infertilite özelliklerine göre ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$)

4.4. GETAT Kullanan Katılımcıların Sosyodemografik ve İnfertilite Özelliklerine Göre Fertilite Uyum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 9: GETAT kullanan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Fertilite Uyum Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	n	GETAT kullanan					
		Çocuk sahibi olmayı isteme		Çocuksuz yaşamı kabullenme		FUÖ – Toplam	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Yaş sınıfı							
≤29	12	9.17±2.76	9.0 [3.8]	10.58±2.47	11.0 [3.8]	19.75±3.84	19.0 [7.5]
30-34	30	9.60±2.61	10.0 [4.0]	11.43±3.27	12.0 [6.0]	21.03±4.24	22.0 [5.0]
35-39	24	9.50±3.31	8.5 [4.8]	11.37±2.46	11.5 [3.8]	20.88±4.52	21.0 [5.0]
≥40	15	9.33±1.99	10.0 [4.0]	10.20±3.29	10.0 [5.0]	19.53±4.06	20.0 [6.0]
İstatistiksel analiz		F=0.083		F=0.780		F=0.604	
Olasılık		p=0.969		p=0.508		p=0.614	
Eğitim							
Lise ve altı	14	10.00±1.66	10.5 [3.0]	11.35±3.13	12.0 [6.0]	21.36±2.53	21.5 [4.3]
Lisans ve üzeri	67	9.34±2.88	9.0 [4.0]	11.00±2.91	11.0 [4.0]	20.34±4.48	21.0 [6.0]
İstatistiksel analiz		Z=-1.379		t=0.411		t=1.165	
Olasılık		p=0.168		p=0.682		p=0.252	
Çalışma							
Evet	61	9.44±2.81	9.0 [4.0]	10.87±3.01	11.0 [4.5]	20.31±4.27	21.0 [6.0]
Hayır	20	9.50±2.46	10.0 [3.8]	11.65±2.68	12.0 [5.3]	21.15±4.07	22.0 [5.0]
İstatistiksel analiz		Z=-0.541		t=-1.032		t=-0.770	
Olasılık		p=0.588		p=0.305		p=0.443	
Eş eğitim							
Lise/altı	17	9.65±2.59	10.0 [4.0]	10.82±3.04	11.0 [5.5]	20.47±4.05	21.0 [6.0]
Lisans/üzeri	64	9.41±2.76	9.0 [4.0]	11.12±2.93	11.0 [5.0]	20.53±4.28	20.5 [5.0]
İstatistiksel analiz		Z=-0.678		Z=-0.245		Z=-0.373	
Olasılık		p=0.498		p=0.806		p=0.709	
Aile yapısı							
Çekirdek	74	9.47±2.77	9.5 [4.0]	11.07±2.96	11.0 [5.0]	20.54±4.34	21.0 [5.3]
Geniş	7	9.29±2.21	9.0 [4.0]	11.00±2.89	10.0 [6.0]	20.29±2.56	21.0 [3.0]
İstatistiksel analiz		t=0.173		Z=-0.237		Z=-0.372	
Olasılık		p=0.863		p=0.813		p=0.710	
Gelir düzeyi							
Gelir<gider	7	10.14±3.28	10.0 [5.0]	11.42±2.51	11.0 [4.0]	21.57±4.68	23.0 [6.0]
Gelir=gider	35	9.54±2.80	9.0 [4.0]	11.40±2.71	12.0 [4.0]	20.94±3.96	21.0 [4.0]
Gelir>gider	39	9.26±2.58	9.0 [4.0]	10.69±3.21	11.0 [6.0]	19.94±4.38	20.0 [7.0]
İstatistiksel analiz		F=0.341		$\chi^2=1.245$		$\chi^2=2.307$	
Olasılık		p=0.712		p=0.536		p=0.316	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

GETAT kullanan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 10: GETAT kullanan katılımcıların infertilite özelliklerine göre Fertilité Uyum Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması (n=167)

İnfertilite Özellikleri	n	GETAT kullanan					
		Çocuk sahibi olmayı isteme		Çocuksuz yaşamı kabullenme		FUÖ – Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
İnfertilite nedeni							
Kendisi	20	8.90±2.24	8.5 [3.0]	11.10±3.69	11.0 [6.5]	20.00±4.15	21.0 [5.8]
Eşi	10	9.60±2.36	9.5 [4.5]	10.60±2.01	11.0 [2.5]	20.20±3.33	19.0 [5.5]
Bilinmeyen	40	9.50±2.93	10.0 [4.0]	10.65±2.76	11.0 [4.8]	20.15±4.48	20.5 [5.8]
Kendi + eşi	9	10.11±3.21	9.0 [5.5]	13.00±2.34	14.0 [4.5]	23.11±3.91	23.0 [4.5]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=1.573$		$\chi^2=5.150$		$\chi^2=4.597$	
Olasılık		p=0.666		p=0.161		p=0.204	
Tedaviye karar veren							
Kadın	5	9.40±2.30	10.0 [4.5]	11.80±3.96	13.0 [6.0]	21.20±5.26	23.0 [7.5]
Eşiyle birlikte	76	9.46±2.75	9.0 [4.0]	11.01±2.89	11.0 [5.0]	20.47±4.17	21.0 [5.0]
İstatistiksel analiz		Z=-0.099		Z=-0.899		Z=-0.967	
Olasılık		p=0.921		p=0.369		p=0.334	
Psikolojik destek							
Hayır	65	9.22±2.62	9.0 [4.0]	11.14±2.93	11.0 [5.0]	20.35±3.99	21.0 [4.5]
Evet	16	10.44±2.94	10.5 [4.8]	10.75±3.02	10.5 [5.3]	21.19±5.09	22.0 [8.3]
İstatistiksel analiz		Z=-1.776		Z=-0.573		Z=-0.882	
Olasılık		p=0.076		p=0.567		p=0.378	

Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

GETAT kullananların *infertilite özelliklerine* göre ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

4.5. GETAT Kullanım Özelliklerine Göre Fertilité Uyum Ölçeği Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11: GETAT kullanım özelliklerine göre fertilité uyum ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının karşılaştırılması (n=167)

GETAT kullanım özellikleri	n	Fertilité Uyum Ölçeği					
		<i>Çocuk sahibi olmayı isteme</i>		<i>Çocuksuz yaşamı kabullenme</i>		FUÖ – Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
GETAT kullanma							
Hayır	86	9.69±3.01	9.0 [5.0]	11.23±2.76	11.0 [4.0]	20.93±4.41	21.0 [7.0]
Evet	81	9.45±2.71	9.0 [4.0]	11.06±2.93	11.0 [5.0]	20.51±4.21	21.0 [5.0]
İstatistiksel analiz*							
Olasılık		Z=-0.491 p=0.623		Z=-0.132 p=0.895		Z=-0.458 p=0.647	
GETAT kullanım amacı							
Tedavi	25	10.77±2.66	11.0 [3.3]	10.58±2.98	11.0 [5.3]	21.34±4.40	21.0 [5.3]
Destek	56	8.91±2.63	9.0 [3.0]	11.21±2.90	11.0 [4.5]	20.12±4.07	21.0 [5.0]
İstatistiksel analiz							
Olasılık		Z=-3.044 p=0.002		t=-0.915 p=0.363		Z=-0.987 p=0.324	
Mevcut GETAT kullanımı							
Evet	21	9.59±2.53	9.0 [5.3]	11.41±2.87	11.0 [4.5]	21.00±3.66	21.5 [5.0]
Hayır	60	9.46±2.86	10.0 [4.0]	10.87±2.95	11.0 [5.5]	20.32±4.37	21.0 [6.0]
İstatistiksel analiz							
Olasılık		Z=-0.172 p=0.864		t=0.741 p=0.461		t=0.643 p=0.522	

Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

GETAT kullanım amacına göre *çocuk sahibi olmayı isteme* puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0.05). Tedavi için GETAT kullananların *çocuk sahibi olmayı isteme* puanları, destek için GETAT kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.6. Fertilite Uyum Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları ile Bazı İnfertilite Özellikleri Arasındaki İlişki

Tablo 12: Fertilite Uyum Ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ile bazı infertilite özellikleri arasındaki ilişki

Korelasyon* (N=167)		Çocuk olmama süresi (tanı yılı)	Tedavi süresi (yıl)
Çocuk sahibi olmayı isteme	<i>r</i>	0.125	0.081
	<i>p</i>	0.108	0.301
Çocuksuz yaşamı kabullenme	<i>r</i>	-0.107	-0.071
	<i>p</i>	0.170	0.359
FUÖ – Toplam	<i>r</i>	0.001	0.026
	<i>p</i>	0.990	0.734

*İki nicel değişkenin en az birinin normal dağılıma uygun olmadığı durumlarda “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Çocuk olmama süresi (tanı yılı) ile çocuk sahibi olmayı isteme, çocuksuz yaşamı kabullenme FUÖ – Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, infertilite tedavisi gören kadınların geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve fertilite uyumu ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

5.1.İnfertilite ve GETAT Kullanım Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Tablo 3'te kadınların infertilite özellikleri verilmiştir. Bu çalışmada çiftlerin %43.1'inin infertilite *nedeninin bilinmediği* saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada GETAT kullanan kadınların %58.7'sinin infertilitenin açıklanmayan nedenlerden kaynaklı olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır (Emül ve ark., 2019). 7.273 evli infertil çift üzerinde DSÖ tarafından yapılan bir araştırmada, infertilite nedenine göre %41 oranında kadın, %24 oranında erkek, %24 hem kadın hem erkek sorumlu tutulmuş ve %11'inde de herhangi bir sebep gösterilememiştir (DSÖ, 1992). DSÖ tarafından yapılan bu çalışmada infertilitenin %41 oranında kadın kaynaklı iken bu çalışmada %43.1 oranında infertilitenin nedeni bilinmemektedir. Kadına kaynaklı infertilite üzerine gelişen tedavi yöntemlerinin gelişmesi sayesinde başarı oranını arttırdığı ve böylece kadın üzerinde var olan kültürel baskı ve damgalanmaların azaldığı düşünülmektedir.

Tablo 3'te çiftlerin %91.6'sının tedaviye *eşleriyle birlikte karar verdiği*, %99.4'ünün çocuk olmadığı için *eş tutumunda bir değişiklik olmadığı* saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada kadınların %68.9'unun infertilite sonucunda eşinin tutumunda olumlu yönde bir değişiklik olduğu, %6.1'inin olumsuz yönde değiştiğini, %25'inin ise eşin tutumunda bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (Eğin, 2016). Bunun sonucunda eşlerin infertilitenin sorumluluğunu sadece kadına yüklemmediği ve bir tek kadının infertiliteden sorumlu tutulmadığı düşünülmektedir.

Tablo 3'te infertilite tedavisi gören kadınların %58.1'inin *inseminasyon + hormon + tüp bebek* tedavisi olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada kadınların % 37.9'unun inseminasyon, hormon ve tüp bebek tedavisini aldığı, % 30.5' inin ise yalnızca inseminasyon tedavisi aldığı saptanmıştır (Özel Hatipoğlu, A., 2019).

Tablo 3'te Kadınların %85'i infertilite nedeniyle *psikolojik destek ihtiyacı olmadığı* belirlenmiştir. İnfertilite tedavisi olan kadınların psikolojik ihtiyaçları ile yardım arama tutumlarını inceleyen bir çalışmada, kadınların %80'inin infertilite tedavisi süresince

psikolojik destek almayı planlamadığı belirlenmiştir (Kutlu ve Varışoğlu, 2021). Yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %79.3'ü psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir (Civan ve Beydağ, 2023). Bu çalışmada kadınların tedaviye eşleriyle beraber karar vermesi ve kadına karşı olan eş tutumunda olumsuz bir değişikliğin olmaması kadının tedavi süresinde ve sonrasında, psikolojik açıdan daha sağlıklı olmasını sağladığı ve kadınların bu yüzden psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığı düşünülmektedir.

Tablo 4'te infertiliteyle ilişkili bazı nicel bulguların dağılımı verilmiştir. Bu araştırmaya dahil edilen kadınların *çocuk sahibi olamama sürelerinin* ortalaması 3.45 yıl olduğu ve *tedavi sürelerinin* ortalama 1,59 yıl olduğu belirlenmiştir. Zeren (2016)'in çalışmasında, tedavi gören kadınların %62.8'inin 5 yıldan daha az süredir tedavi gördüğü belirtilmiştir. Eğin (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, infertilite tedavisi gören kadınların %33.3'ünün 3-5 yıl arası tedavi gördüğü belirlenmiştir.

Tablo 5'te kadınların GETAT kullanım durumlarına ilişkin bulguların dağılımı verilmiştir. Kadınların nerdeyse yarısının (%48.5) infertilite tanısı konduktan sonra GETAT yöntemlerinden en az birini kullandığı tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların infertilite tedavisinde GETAT kullanım oranını Başgöl ve Beji (2016) %78, Edirne ve ark. (2010) %82, Özkan ve ark. (2018) %51 olarak belirlemiştir. Diğer ülkelerde yapılmış olan infertilite tedavisi için GETAT kullanım oranı ABD'de %91 (Clark ve ark., 2013), Lübnan'da %41 (Ghazeeri ve ark., 2012) ve Ürdün'de %44 (Bardaweel ve ark., 2013), olarak belirlenmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü birimdeki tıbbi ekibin GETAT konusunda çekimser olmasına rağmen tedavideki kadınların yaklaşık yarısının başarı şansını arttırmak için tedavi ya da destek amaçlı GETAT kullandığı ortaya konmuştur.

Tablo 5'te GETAT yöntemi kullanan kadınların %69.1'inin *destek amaçlı* kullandığı ve en çok kullanılan GETAT yönteminin %74.4 oranı ile *bitkisel temelli yöntemlerin* olduğu belirlenmiştir. Bitkisel temelli yöntemlerden en fazla %27.4 oranında *takviye vitamin*, zihinsel beden temelli yöntemlerden en fazla %56.9 oranında *dini uygulamalar* ve enerji terapisi yöntemlerinden en fazla %70 oranında *nefes çalışması* kullanıldığı belirlenmiştir. Clark ve arkadaşlarının çalışmasına göre infertilite tedavisinde hekimlerin en sık önerdikleri GETAT yöntemleri şu şekildedir; (%47.1) dua etme, (%60.4) akupunktur, (%40.9) masaj, (%40.9) besin takviyesi, psikoterapi, (%51.6), (%54.7) meditasyon ve (%46.2) fiziksel egzersiz olarak belirlenmiştir (Clark ve ark., 2013).

Avustralya’da yapılan infertilite tedavisi alan kadın ve erkek hastalarla gerçekleştirilen başka bir çalışmaya göre ise kullanılan Tamamlayıcı Alternatif Tıp yöntemleri; bitkiler, multivitaminler, doğal yöntemler, mineral takviyeleri, akupunktur ve masaj olarak saptanmıştır (Stankiewicz ve ark., 2007). Çalışmamızda çoğunlukla kullanılan bu yöntemlerin ekonomik açıdan daha uygun ve ulaşılması kolay olduğu için tercih edildiği düşünülmektedir.

5.2. Fertilite Uyum Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Tablo 6’da kadınların FUÖ düzeyleri 20.73 ± 4.31 (Min-Max; 10-40) olarak bulunmuş ve orta düzey olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen bu puan kadınların kendi biyolojik çocukları olmasada çocuksuz bir hayata sağlayacakları adaptasyonu göstermektedir. Çalışmamızla aynı ölçeği kullanan başka bir çalışmada kadınların fertiliteye uyumları orta düzey olarak belirlenmiştir (Öngen, 2021). Arslan-Özkan ve ark. (2014)’nın ve Er (2019)’in yaptığı bir çalışmada kadınların fertiliteye uyum düzeyinin bu çalışmadan daha yüksek olduğu görülmüştür.

5.3. GETAT Kullanmayan Katılımcıların Sosyodemografik ve İnfertilite Özelliklerine Göre FUÖ Puanlarının Tartışılması

Tablo 7’de GETAT kullanmayan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre fertilite uyum ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

GETAT kullanmayan kadınların yaş gruplarına bakıldığında 40 yaş ve üzeri kadınların *çocuksuz yaşamı kabullenme* alt boyutu uyum düzeyinin tüm gruplara göre daha yüksek olmakla birlikte 30-34 yaş grubu ile aralarında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde Ataman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yaş arttıkça infertilite uyum düzeyinin yükseldiği görülmüştür (Ataman ve ark., 2021). Buna karşın infertilite problemi yaşayan kadınların yaşları arttıkça tedaviye uyum düzeylerinin azaldığı ve infertiliteden etkilenme düzeylerinin de arttığı Lau ve ark. (2006) ile Stanford ve ark. (2008) araştırmalarında belirlenmiştir. Buna karşın yaş ile FUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı Tiyyuri ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada ortaya konulmuştur. Aynı şekilde kadınların yaşı ile FUÖ puanları arasında ilişki olmadığı Arslan ve Okumuş (2016) yaptıkları çalışmaya sonucunda belirtmiştir. Eşlerin fertilite uyum düzeylerini inceleyen başka bir çalışmada ise yaş ve

fertilite uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Er, 2019). Bu çalışmanın bulgusuna göre yaşın ilerlemesi ile birlikte kadınların çocuksuz bir yaşamı kabullenme durumlarının arttığı düşünülmektedir. Çalışmamızda ortaya konulan anlamlı farkın genç yaş grubunun tedavi süresinin daha az olduğu ve bu süreçteki yıpranma ve umutsuzluğunun daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

GETAT kullanmayan kadınların eğitim düzeyine göre *çocuk sahibi olmayı isteme*, *çocuksuz yaşamı kabullenme* ve FUÖ – Toplam puanlarına bakıldığında (Tablo 7) lise ve altı eğitimi olanların lisans ve üzeri eğitime sahibi olanlara göre fertiliteye uyumlarının anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucuna benzer şekilde yapılan bir çalışmada, üniversite mezunu olan kadınların fertilite uyum düzeyinin lise ve ortaokul mezunu olan kadınlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Özel Hatipoğlu, A., 2019). Ayrıca Kargın ve Ünal (2011)'ın gerçekleştirdiği çalışmada infertil kadınlarda umutsuzluğu etkileyen değişken olarak eğitim düzeyi bildirilmiş olup infertil kadınlardaki umutsuzluğun bu düzey düştükçe arttığı bildirilmiştir. Keskin ve Gümüş (2014) tarafından yapılan çalışmada da eğitim düzeyi ile umutsuzluk arasında ilişki görülebilmiştir. Bu çalışmada eğitim düzeyi ile birlikte fertiliteye uyumun da arttığı gözlenmiştir. Eğitim durumunun fertiliteye uyumu olumlu anlamda etkilediği düşünülmektedir. Bireyler için ebeveyn olma yaşamın önemli bir parçası ve hedefidir. Dolayısıyla bu hedefe ulaşamama psikolojik sıkıntıların oluşmasına yol açabilir. Eğitim durumu arttıkça kadının sosyal statüsü de artmaktadır, dolayısıyla kadının farklı roller de üstlenmesini sağlamaktadır. Eğitim düzeyinin yüksek olmasının baş etme mekanizmalarına daha rahat ulaşmada, iyilik halinin güçlendirilmesinde, toplumun damgalamasından kurtulmada, infertilite tanı ve tedavi sürecini daha iyi anlamada dolayısıyla infertiliteye uyumun yükselmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

İnfertilite nedeniyle GETAT kullanmayan kadınların eş eğitimlerine bakıldığında (Tablo 6) eşleri lise ve altı eğitimi olanların lisans ve üzeri eğitime sahibi olanlara göre fertiliteye uyumlarının anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Eşlerin fertilite uyum düzeylerini inceleyen başka bir çalışmada eğitim düzeyi ve fertilite uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Er, 2019). Bu çalışmada görülen eş eğitim düzeyi ile fertilite uyumu arasındaki doğru orantının eşin eğitim düzeyinin düşük olması sonucunda erkeğin kadını infertiliteden daha yüksek oranda sorumlu tutulduğu ve bunun sonucunda

kadının hissettiği baskı ve damgalanma yüzünden infertilite uyumunun düştüğü düşünülmektedir.

GETAT kullanmayan kadınlarda infertilite nedeni, tedaviye karar verme ve infertilite nedeniyle psikolojik destek alma durumunun fertilite uyumunu etkilemediği tespit edilmiştir (Tablo 8). Öngen (2021)'in çalışmasında da infertilite nedeninin fertilite uyumu üzerinde bir etkisi olmadı görülmüştür. Özel Hatipoğlu (2019) çalışmasında fertilite uyum düzeyi bu çalışmaya kıyasla oldukça düşük olmakla birlikte psikolojik destek alma durumuna göre uyumun değişmediği sonucuna varmıştır. Bu çalışmada infertilite kaynağının büyük oranda bilinmemesi, çok büyük oranda çiftlerin tedaviye birlikte karar vermiş olmaları ve yine çok büyük oranda kadının infertilite nedeniyle psikolojik desteğe ihtiyaç duymaması nedeniyle kadınların fertiliteye uyum düzeyinin değişmediği düşünülmektedir.

5.4.GETAT Kullanan Katılımcıların Sosyodemografik ve İnfertilite Özelliklerine Göre FUÖ Puanlarının Tartışılması

GETAT kullanan kadınlarda sosyodemografik ve infertilite özelliklerine göre infertiliteye uyum düzeyinin değişmediği, uyumun genel olarak yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 9 ve Tablo 10). Bu çalışma sonuçlarına göre GETAT kullanan kadınların fertilite uyumunun bireysel özelliklerden etkilenmediği sonucuna varılabilir.

5.5. Katılımcıların GETAT Kullanım Özelliklerine Göre FUÖ Puanlarının Tartışılması

Çalışmaya katılan kadınların GETAT kullanım durumuna göre fertilite uyumları arasında bir fark saptanmamıştır (Tablo10). Benzer çalışmaya rastlanmadığından bu çalışmanın sonuçlarına göre GETAT kullanım durumunun kadınların fertiliteye uyumunu etkilemediği söylenebilir.

Tablo 11'de GETAT kullanım amacına göre *çocuk sahibi olmayı isteme* puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Destek amacıyla GETAT kullananların tedavi amacıyla kullananlara göre *çocuk sahibi olmayı isteme* alt boyut uyumunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sahibi olma yolunda kadınlar tedavi için sağlık kurumlarına başvurmakla birlikte tedavi sürecinde destek amacıyla ağırlıklı olarak bitkisel temelli yöntemlere (%74.4) ve ardından zihin-beden temelli yöntemlere (%19.0) başvurmuşlardır.

Tablo 12’de fertilite uyum ölçeği alt boyutu ve toplam puanları ile bazı infertilite özellikleri arasındaki ilişkiler verilmiştir. *Çocuk olmama süresi (tanı yılı)* ile *çocuk sahibi olmayı isteme*, *çocuksuz yaşamı kabullenme* ve FUÖ – Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur. Primer infertil kadınların fertilite uyumunu inceleyen bir aştırmada araştırmaya katılan kadınların tanı yılları ile FUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (Özel Hatipoğlu, 2019). Tişuri ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada da FUÖ-Toplam puanı ile infertilite süresi ile arasında ilişki olamadığı belirtilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuç literatürdeki araştırma sonuçlarıyla örtüşmektedir. İnfertilite süresi bu sürece uyumu etkilememiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

İnfertilite tedavisi gören kadınların GETAT uygulamalarını kullanım durumları ve fertilite uyumu ile ilişkisinin incelenmesi çalışmasının bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Kadınların FUÖ düzeyleri orta seviyededir.
- 40 yaş ve üzeri kadınların *çocuksuz yaşamı kabullenme* alt boyutu uyum düzeyinin tüm gruplara göre daha yüksek olmakla birlikte 30-34 yaş grubu ile aralarında anlamlı fark vardır.
- GETAT kullanmayan kadınların lise ve altı eğitimi olanların lisans ve üzeri eğitime sahibi olanlara göre fertiliteye uyumları anlamlı derecede düşüktür.
- GETAT kullanmayan kadınların eşi lise ve altı eğitimi olanların lisans ve üzeri eğitimi olanlara göre fertiliteye uyumları anlamlı derecede düşüktür.
- GETAT kullanmayan kadınlarda infertilite nedeni, tedaviye karar verme ve infertilite nedeniyle psikolojik destek alma durumu fertilite uyumunu etkilememektedir.
- GETAT kullanan kadınlarda sosyodemografik ve infertilite özelliklerine göre infertiliteye uyum düzeyi değişmemektedir ve uyum genel olarak yüksek düzeydedir.
- GETAT kullanan kadınların fertilite uyum düzeyi kullanmayanlara göre daha yüksek çıkmış olmakla birlikte aralarında anlamlı fark yoktur.
- Destek amacıyla GETAT kullananların tedavi amacıyla kullananlara göre *çocuk sahibi olmayı isteme* alt boyut uyumu daha yüksektir.
- *Çocuk olmama süresi (tanı yılı)* ile *çocuk sahibi olmayı isteme*, *çocuksuz yaşamı kabullenme* ve FUÖ – Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur.

6.2 Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Çalışmalarla kadınların fertilitate uyum düzeyi orta düzeyde tespit edilmiştir. Tedavi başlangıcında kadınların fertilitate uyum düzeyi tespit edilip belirlenen fertilitate uyum düzeyini yükseltilmesi için psikolojik müdahale ve psikososyal destek sunulabilir.
- Yaş düştükçe fertilitate uyum azaldığı için tedaviye başlayan çiftlerin yaşları göz önüne alınıp özellikle düşük yaş grupların uyumunu araştırmaya ve arttırmaya yönelik çalışmalar planlanıp uygulanabilir.
- Çiftin eğitim seviyesi düştükçe fertilitate uyum azaldığından çiftlerin eğitim seviyeleri tedavi öncesinde iyi bir anemnezle belirlenebilir ve uyumu arttırmaya yönelik bireyin eğitim seviyesine uygun çalışmalar planlanabilir.
- GETAT kullanan kadınların fertilitate uyumu, kullanmayanlara göre daha yüksek çıktığı için kadın, kullanmak istediği ve tedavisinde risk teşkil etmeyip engel olmayan, nefes terapisi, yoga, meditasyon, aromaterapi gibi GETAT yöntemleri hakkında desteklenebilir.

KAYNAKLAR

- Abiç, A. ve Vefikuluçay Yılmaz, D. (2019). Infertility Risk Factors and Nurse's Role. *International Journal of Emerging Trends in Health Sciences*, 3(1), 1–8.
- Aboulghar, M. A. (2005). The Importance of Fertility Treatment in the Developing World. *BJOG*, 112(9), 1174–1176.
- (ACOG) American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice. (2014). Female Age-Related Fertility Decline. *Fertility and Sterility*, 101(3), 633–634.
- Ak, G. (2001). İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eylül Üniversitesi.İzmir.
- Allan, H. ve Mounce, G. (2015). Managing Infertility in Primary Care. *Practice Nursing*, 26(9), 440–443.
- Alosaimi, F. D., Bukhari, M., Altuwirqi, M., Habous, M., Madbouly, K., Abotalib, Z... (2017). Gender Differences in Perception of Psychosocial Distress and Coping Mechanisms Among Infertile Men and Women in Saudi Arabia. *Human Fertility*, 20(1), 55–63. DOI: 10.1080/14647273.2016.1245448
- Amanak, K., Karaöz, B., Sevil, Ü. (2013). Alternatif/Tamamlayıcı Tıp ve Kadın Sağlığı. Derleme. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(4), 441–448.
- Anwar, S. ve Anwar, A. (2016). Infertility: A Review on Causes, Treatment and Management. *Women's Health & Gynecology*, 2(6), 1–5.
- Arı, E. ve Yılmaz, V. (2016). Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranışların Önerilen Bir Yapısal Model ile Araştırılması. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 8(1), 13–24.
- Arıcı, A., Attar, E., Balaban, E., Buyru, F., Çolgar, U. (2006). Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite (Umur, Ç. Ed.) İstanbul.
- Arslan Özkan, İ. (2012). Watson'ın Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin İnfertil Kadınların, İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına, Öz Yeterlik ve Uyum Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir.
- Arslan Özkan, İ., Okumuş, H., Buldukoğlu, K. (2014). A Randomized Controlled Trial of the Effects of Nursing Care Based on Watson's tTheory of Human Caring on Distress, Self-Efficacy and Adjustment in Infertile Women. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1801–1812.
- Arslan, İ. ve Okumuş, H. (2016). Psychometric Properties of the Turkish Version of the Fertility Adjustment Scale. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 8(3), 224–231.
- (ASRM) Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015a). Diagnostic Evaluation of the Infertile Female: A Committee Opinion. *Fertility and Sterility*, 103(6), e44–e50.
- (ASRM) Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2006). Optimal Evaluation of the Infertile Female. *Fertility and Sterility*, 86(5 SUPPL.), 264–267.
- Ataman, H., Aygün, O., Pekcan, N., Merih, Y.D. (2021). The Relationship Between the perceived Social Support Levels and Levels of Adjustment to the Infertility Problem of Women Who

Received Infertility Treatment. *İzmir Democracy University Health Sciences Journal*, 4(3), 285-301.

- Aydın, S., Kızılkaya Beji, N. (2013). İnfertil Çiftlerde Cinsel Fonksiyon ve İnfertilite Danışmanının Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 8-13.
- Bakhtiyar, K., Beiranvand, R., Ardalan, A., Changae, F., Almasian, M., Badrizadeh, A... (2019). An Investigation of the Effects of Infertility on Women's Quality of Life: A Case-Control Study. *BMC Women's Health* 19(1), 114.
- Bardaweel, S. K., Shehadeh, M., Suaifan, G., Kilani, M. V. (2013). Complementary and Alternative Medicine utilization by a Sample of Infertile Couples in Jordan for Infertility Treatment: Clinics-Based survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, 35.
- Başgöl, Ş. ve Beji Kızılkaya, N. (2016). Use of Complementary and Alternative Medical Therapies by Women Undergoing Reproductive Technology. *Türkiye Klinikleri Obstetric Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(3), 70-76.
- Bayat, H. (2016). *Tıp Tarihi*. İstanbul: Üçer Matbaacılık Basın Yayın.
- Beckmann, C. R. B. (2014). *Obstetrics and Gynecology* (8. Baskı). The American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Benli, S. (2010). İnfertil Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Durumu ve İlişkili Faktörler (Tez no: 260553). (Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi.
- Bilgiç, D., Özkan Aydın, S., Kızılkaya Beji, N. (2016). Bireylerin İnfertilite Sorununa Yönelik Uyum Düzeyleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurse Special Topics*, 2(3), 51-61.
- Bodur, N. E., Coşar, B., Erdem, M. (2013). İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumunun Demografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1): 51-62.
- Boivin, J. ve Schmidt, L. (2009). Use of Complementary and Alternative Medicines Associated with a 30% Lower Ongoing Pregnancy/Live Birth Rate During 12 Months of Fertility Treatment. *A Human Reproduction*, 24(7), 1626–1631.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., Nygren, K. G. (2007). International Estimates of Infertility Prevalence and Treatment-Seeking: Potential Need and Demand for Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L., Grill, E., Baser, R.E., Rosenwaks, Z. (2011). A Cross Sectional Cohort Study of Infertile Women Awaiting Oocyte Donation: The Emotional, Sexual, and Quality-of-Life Impact. *Fertility and Sterility*, 95(2), 711-716. DOI:10.1016/j.fertnstert.2010.10.004
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2015). İnfertilite. Erişim adresi <http://www.cetad.org.tr/news.aspx?detail=70>
- Clark, N. A., Will, M. A., Moravek, M. B., Xu, X., Fisseha, S. (2013). Physician and Patient Use of and Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine in the Treatment of Infertility. *International Journal of Gynecology and Obstetric*, 122, 253–257.
- Coşkun, A. M. (2012). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Coulson, C. ve Jenkins, J. (2005). Complementary and Alternative Medicine Utilisation in Nhs and Private Clinic Settings: A United Kingdom Survey of 400 Infertility Patients. *Journal of Experimental & Clinical Assisted Reproduction*, 2,5.

- Cserepes, R. E., Kollar, J., Sapy, T., Wischmann, T., Bugar, A. (2013). Effects of Gender Roles, Child Wish Motives, Subjective Well-Being, and Marital Adjustment on Infertility-related Stress: A Preliminary Study With A Hungarian Sample of Involuntary Childless Men. *Arch Gynecol Obstet*, 288, 925-932.
- Cuellar, N., Aycock, T., Cahill, B., Ford, J. (2003). Complementary and Alternativ Medicine (Cam) Use By African American (Aa) And Caucasian American(Ca) Older Adults In A Rural Setting: A Descriptive, Comparative Study. *Bmc Complementary And Alternative Medicine*, 3, 8
- Çağırın Yılmaz, F. ve Yardımcı, H. (2005). Beden Kütle İndeksinin İnfertilite Üzerine Etkisi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 1; Suppl.
- Çavuşoğlu, İ. (2015). İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi (Tez no: 388423). (Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi.
- Darbandi, S., Darbandi, M., Khorshid, H. R. K., Sadeghi, M. R. (2018). Yoga Can Improve Assisted Reproduction Technology Outcomes in Couples With Infertility. *Altern Ther Health Med*. 24, 50-55.
- Daibes, M. A., Safadi, R. R., Athamneh, T., Anees, I. F., Constantino, E. (2018). Half A Woman, Half A Man; That is How They Make Me Feel: A Qualitative Study of Rural Jordanian Women's Experience of Infertility. *Culture, Health & Sexuality*, 20(5), 516-530.
- Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C., Gibson, L. J., Jones, K. G., Macdowall, W... (2016). Prevalence of Infertility and Help Seeking Among 15000 Women and Men. *Human Reproduction*, 31(9), 2108-2118.
- Debas, H., Laxminarayan, R., Straus, S. (2006). Complementary and Alternative Medicine (2. Baskı). Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A. R. (Ed.). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Oxford University Press.
- Demir, S. ve Kızılkaya Beji, N. (2015). İnfertil Çiftlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Androloji Bülteni*, 17(61), 136-139.
- Denson, V. (2006). Diagnosis and Management of Infertility. *The Journal for Nurse Practitioners*, 1, 380-386.
- Devi, P. R., Laxmi, V., Charulata, C., Rajyalakshmi, A. (2004). Alternative Medicine—A Right Choice for Male Infertility Management. *International Congress Series*. 1271, 67-70.
- Dieterle, S., Li, C., Greb, R., Barstzch, F., Hatzmann, W., Huang, D. (2009). A Prospective Randomized Placebo-Controlled Study of the Effect of Acupuncture in Infertile Patients with Severe Oligoasthenoospermia. *Fertility and Sterility*, 92(4), 1340-1343.
- Dieterli, S., Ying, G., Hatzmann, W., Neuer, A. (2006). Effect of Acupuncture on the Outcome of in Vitro Fertilization and Intracytoplasmic Sperm Injection: A Randomized, Prospective, Controlled Clinical Study. *Fertility and Sterility*, 85(5), 1347-1351.
- Domar, D. A., Rooney, K. L., Wiegand, B., Orav, J. E., Alper, M. M., Berger, B. M... (2011). Impact of a Group Mind/Body Intervention on Pregnancy Rates in IVF Patients. *Fertility and Sterility*, 95(7), 2269-2273.
- Dohle, G. R., Weidner, W., Jungwirth, A., Colpi, G., Papp, G. (2010). EAU İnfertilite Kılavuzu. (ss.7-10).

- Durgun Ozan, Y. ve Duman, M. (2018). İnfertilite Tedavi Sürecindeki Kadınların Fertilité Uyumları ile Öz-Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 15, 243-246.
- Durgun Ozan, Y. ve Okumuş, H. (2013). Tedavi Sonucu Başarısız Olan İnfertil Kadınların Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 16(3), 190-198
- Edirne, T., Gunher Arica, S., Gucuk, S., Yildizhan, R., Kolusari, A., Adali, E... (2010). Use of Complementaiy and Alternative Medicines by a Sample of Turkish Women for Infertility Enhancement: A Descriptive Study. *Complementaiy and Alternative Medicine*, 10(2), 1-7.
- Eğin, A. E. (2016). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon Düzeyleri ile Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki (Tez no: 458449). (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi.
- Er, (2019). İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Fertilitéye Uyumunu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.
- Erdem, K. (2012). İnfertil Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi (Tez no: 317017). (Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi).YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi.
- Erdoğan, S., Çöğendez. E., Eken, M., Keyif, B., Erdoğan, B., Kaya, E. (2015). Kontrollü Ovulasyon İndüksiyonu ve İntrauterin İnseminasyon Tedavisi Alan İnfertil Hastalarda Gebelik Oranlarını Etkileyen Faktörler. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 7, 1-7. DOI: 10.5222/iksst.2015.001.
- Ersoy, R. (2014). Modernizm-Postmodernizm Bağlamında Geleneksel Tıp Uygulamalarının Güncelliği Üzerine Bir Değerlendirme. *Milli Folklor*, 26(101), 182-192.
- Eryılmaz, H. Y., Ekşi, Z., Ertuğrul, E. G. (2009). İnfertilite Tam Yöntemleri ve Hemşirenin Rolü (Beji, N. K. Ed.) *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul: Acar Basım.
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia J, (2013). Mindfulness-Based Program for Infertility: Efficacy Study. *Fertility and Sterility*, 100(4), 1059-1068.
- Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği (2014). Resmî Gazete. Yayın No:29158.
- Ghazeeri, G. S., Awwad, J. T., Alameddine, M. (2012). Prevalence and Determinants of Complementaryand Alternative Medicine Use Among Infertile Patients in Lebanon: A Cross Sectional Study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12, 129.
- Glover, L., Hunter, M., Richards, J. M., Katz, M., Abel, D. P. (1999). Development of the Fertility Adjustment Scale. *American Society for Reproductive Medicine*, 72(4), 623-628.
- Gökler, M. E., Ünsal, A., Arslantaş, D. (2014). The Prevalence of Infertility and Loneliness among Women Aged 18-49 Years Who Are Living in Semi-Rural Areas in Western Turkey. *International Journal of Fertility and Sterility*, 8(2), 155–162.
- Güngör, İ. (2012). İnfertil Hemşirelerde Eğitim ve Danışmanlık Süreci Hemşirelik Yaklaşımı [Sunum]. I. Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği. Acıbadem, İstanbul.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara.

- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara.
- He, Y., Chen, C. T., Qian, L. H., Xia, C. L., Li, J., Li, S.Q... (2015). Acupuncture Treatment of Male Infertility: A Systematic Review. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 21, 637-645.
- Hoffman, B. L., Schorge, J. O., Schaffer, J. I., Halvorson, L. M., Bradshaw, K. D., Cunningham, F. G. (Ed). (2015). *Williams Jinekoloji* (Çev. Yıldırım, G.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Homan, G. F., Davis, M., Norman, R. (2007). The Impact of Lifestyle Factors on Reproductive Performance in Te General Population and Those Undergoing Infertility Treatment: A Review. *Human Reproductive Update*, 13(3), 209-223.
- Höbek Akarsu, R. ve Kızılkaya Beji, N. (2019). Spiritual and Religious Issues of Stigmatization Women with Infertility: A Qualitative Study. *Journal of Religion and Health*. DOI: 10.1007/s10943-019-00884-w
- Hur, C., Rehmer, J., Flyckt, R., Falcone, T. (2019). Uterine Factor Infertility: A Clinical Review. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 62(2), 257–270.
- Illich, I. (1995). *Sağlığın Gasplı*. (Çev. Sertabiboğlu, S). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- İlhan, H.A. (2003). Overyan Rezervi Değerlendirmede Bazal Over Hacmi ve AntralFolikül Sayısının Önemi (Tez no: 138745). (Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi.
- İsen, M., Özek, B., Özmen, Ş., Tüzer, T. (2005). Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (4. Baskı). (Ed. İsen, M., Özek, B., Özmen, Ş., Tüzer, T.) *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü*. Ankara: Damla Matbaacılık.
- Jafarzadeh-Kenarsari, F., Ghahiri, A., Habibi, M., Zargham-Boroujeni, A. (2015). Exploration of Infertile Couples' Support Requirements: A Qualitative Study. *Int J Fertil Steril*, 9(1), 81-92.
- Jaren (t.y.). Genel Bilgi. Erişim adresi <https://jag.journalagent.com/jern/pdfs/JERN-04379-RESEARCH ARTICLE EMUL.pdf>
- Jasani, S., Heller, B., Jasulaitis, S., Davidson, M., Cytron, J. H. (2016). Impact of Astructured Yoga Program on Anxiety in Infertility Patients: A Feasibility Study. *Journal of Fertilization: In Vitro-IVF-Worldwide, Reproductive Medicine, Genetics & Stem Cell Biology*, 4,1-6.
- Journal of Integrative and Anatolian Medicine (2020). Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. Erişim adresi <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1110280>
- Joy (2018). Bilişsel Uyumsuzluk Teorisi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme: Satın Alma Perspektifi. Erişim adresi <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1494581>
- Kaba, F. (2018). İnfertilite Sorunu Yaşayan Kadınlarda Cinsel İşlev Durumu ve Çift Uyumu Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Tez no: 509680). (Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi.
- Kalyon, T. (2007) Akupunktur Tedavisi. *Türk Fiz. Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 53, 52-57.
- Kaplan, M. (2010). *Geleneksel Tıbbın Yeniden Üretim Sürecinde Kadın -Ankara Kent Örneğinde Kuşaklar Arası Çalışma*. Ankara: Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları.
- Karanisoğlu, H. ve Yazıcı, S. (2009). Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. (Kızılkaya-Beji, N. Ed.). *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul.

- Keskin, G. ve Babacan Gümüş, A. (2014). İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. *J Psychiatr Nurs*, 5, 9–16.
- Karabacak, O. ve Günaydın, G. (2007). Oosit Donasyonu ve Başarıyı Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 3(13), 72-76.
- Karaca, A. ve Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 80-85.
- Kargın, M. ve Ünal, S. (2011). İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi. *New/Yeni Symp J*, 49, 54–60.
- Kavlak, O. (2008). *Kadın Sağlığı*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
- Keefe, C. E., Mirkes, R., Yeung, P. (2012). The Evaluation and Treatment of Cervical Factor Infertility: A Medical-Moral Analysis. *Linacre Quarterly*, 79(4), 409–425.
- Kelly-Weeder, S. ve O'Connor, A. (2006). Modifiable Risk Factors for Impaired Fertility in Women: What Nurse Practitioners Need to Know. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18, 268-276.
- Kılınç, R. A. (2007). Çukurova Üniversitesine Başvuran İnfertil Çiftlerde İn Vitro Fertilizasyon Endikasyonları (Tez no: 195276). (Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi.
- Kırca, N. ve Pasinlioğlu, T. (2019). The Effect of Yoga on Stress Level in Infertile Women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 319-327.
- Kızılkaya Beji N. (2009). İnfertilite hemşireliği. İnfertilite Hemşireliği Derneği, İstanbul.
- Kızılkaya Beji, N. ve Kaya, D. (2012). İnfertilitede Birey- Çift Danışmanlığı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 10-14
- Klonoff-Cohen, H. (2005). Female and Male Lifestyle Habits and IVF: What is Known and Unknown. *Human Reproduction Update*, 11, 180-204.
- Koca, N. (2017). İnfertilitenin Bireyin Yaşam Kalitesine ve Benlik Saygısına Etkisi (Tez no: 468700). (Yüksek Lisans Tezi, Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi.
- Koçak, D. Y. ve Büyükkayacı Duman, N. (2016). İnfertilitenin Psikolojik Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(3), 7–13.
- Köse, M. (2010). Uzun Süreli Nedeni Açıklanamayan İnfertilitesi ve Tekrarlayan İntrauterin İnseminasyon Başarısızlığı Olan Hastalarda Trombofili Prevalansının Gösterilmesi (Tez no: 260290). (Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi.
- Kumar, R., Lorenc, A., Robinson, N., Blair, M. (2011). Parents and Primary Healthcare Practitioners' Perspectives on the Safety of Honey and Other Traditional Paediatric Healthcare Approaches. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 734– 743.
- Kuohung, W. ve Hornstein, M. D. (2019). Evaluation of Female Infertility. Erişim adresi <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-female-infertility>.

- Kurçer, M. A., Eğri, M., Genç, M., Pehlivan, E., Güneş, G., Araoğlu, L... (1999). İnfertil Kadınların Geleneksel Halk Kısırlık Tedavileri Konusundaki Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 6(4), 229-332.
- Lau, W. N. T., So, W. W. K., Yeung, W. S. B., Ho, P. C. (2006). The Effect of Ageing on Female Fertility in an Assisted Reproduction Programme in Hong Kong: Retrospective Study. *Hong Kong Med J*, 6(2), 147-152.
- Levitas, E., Parme, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Friger, M. (2006). Impact of Hypnosis During Embryo Transfer on the Out Come of in Vitrofertilization–EmbryoTransfer: A Case-Control Study. *Fertility and Sterility*, 85(5), 1404-1408.
- Lindermann, M. (2013). *Erken Modern Avrupa’da Tıp ve Toplum*. (Çev. Doğan, M). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Liu, K. E. ve Case, A. (2017). No. 346-Advanced Reproductive Age and Fertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(8), 685–695.
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., Stevens, G. A. (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990.
- Molassiotis, A., Fernandez Ortega, P., Pud, D., Özden, G., Scott, J., Panteli, V. (2005). Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients: A European Survey. *Ann Oncol*, 16(4), 655–663.
- Mutlu, M. F., Baştu, E., Öktem, M. (2013). Açıklanamayan İnfertiliteye Güncel Bakış. *Medical Journal*, 24, 29-32.
- Naab, F., Brown, R., Heidrich, S. M. (2013). Psychosocial Health of Infertile Ghanaian Women and Their Infertility Beliefs. *J Nurs Scholarsh*, 45(2), 132-140. DOI: 10.1111/jnu.12013 PMID: 23731032
- National Center for Complementary and Integrative Health (NIH). Complementary, alternative, or integrative health: what’s in a name? Erişim adresi <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
- National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health [NCC-WCH], (2004). *Fertility Assessment and Treatment for People with Fertility Problems*. London (UK): NICE Clinical Guidelines.
- Oğuz, H. D. (2004). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.
- Oltuluoğlu, H., Günay, U., Aylaz, R. (2014). İnfertil Çiftlerin Duygu Durumları: Niteliksel Bir Çalışma. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 92-98.
- Omland, A. K., Abyholm, T., Fedorcsak, P., Ertzeid, G., Oldereid, N. B., Bjercke, S... (2005). Pregnancy Outcome After IVF and ICSI in Unexplained, Endometriosis Associated and Tubal Factor Infertility. *Human Reproduction*, 20(3), 722-727.
- Oron, G., Allnutt, E., Lackman, T., Sokal-Arnon, T., Holzer, H., Takefman, J. (2015). Aprospective Study Using Hatha Yoga for Stress Reduction Amongwomen Waiting for IVF Treatment. *Reproductive BioMedicine Online*, 30, 542-548.
- Oskay, Ü., Bayram, G. O., Dişsiz, M. (2009). İnfertilitenin Psikosoyal ve Psikoseksüel Etkileri. (Kızılkaya Beji, N. Ed.). İnfertilite Hemşireliği. İstanbul.

- Öngen, M. (2021). İnfertilite tanısı alan çiftlerde fertiliteye uyum süreci ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Akdeniz Üniversitesi. Antalya.
- Özcan, H. ve Beji, N. K. (2016). İnfertilitede Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 32(1), 36-44.
- Özel Hatipoğlu, A. (2019). Primer İnfertil Kadınlarda Fertilitate Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Özkan, M., Baysal, B. (2006). Emotional Distress of Infertile Women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 33(1), 44-46.
- Özkan, S. F., Karaca, A., Sarak, K. (2018). Complementary and Alternative Medicine Used by Infertile Women in Turkey. *African Journal of Reproductive Health*, 22(2), 40-49.
- Resolve: The National Infertility Association (t.y.). The Impact Of Environment Factors, Body Weight & Exercise On Fertility. Erişim adresi <http://familybuilding.resolve.org/site/DocServer/EnvironmentalFactors.pdf?docID=21>
- Petraglia, F., Serour, G. I., Chapron, C. (2013). The Changing Prevalence of Infertility. *International Journal of Gynecology Obstetrics*. 123, 4-8. Sağlık Bakanlığı (2007).
- Sarışen, Ö. ve Çalışkan, D. (2005). Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat. *Sted*, 14(8), 182-187.
- Shahin, A.Y., İsmail, A. M, Shaaban O. M. (2009). Supplementation of Clomiphene Citrate Cycles with Cimicifuga Racemosa or Ethinyl Oestradiol-A Randomized Trial. *Reprod Biomed Online*, 19(4), 501-507.
- Speroff, L. ve Fritz, M. A. (2011). *Female Infertility Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Stanford, J. B., Parnell, T. A., Boyle, P. C. (2008). Outcomes from Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in An Irish General Practice. *J Am Board Fam Med*, 21(5), 375-384.
- Strauss, J. F. ve Barbieri, R. L. (2006). *Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology*. Günes Kitabevi.
- Sütçü, S. (2018). Sosyolojik Açıdan Alternatif Tıp Geleneği ve Uygulamaları: Isparta Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Süleyman Demirel Üniversitesi. Isparta.
- Stankiewicz, M., Smith, C., Alvino, H., Norman, R. (2007). The Use of Complementary Medicine and Therapies by Patients Attending A Reproductive Medicine Unit in South Australia: A Prospective Survey. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47(2), 145-149.
- Şahin Yılmaz, T. (2012). İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri. Doktora Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Şen, R. (2017). Sağlık Çalışanı Olan ve Olmayan Ebeveynlerin Uyguladıkları Tamamlayıcı Alternatif Tıp Yöntemleri. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi. İzmir.
- Taşkın, L. (2011). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (8. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

- Tekçi, A. (2017). Araştırma Görevlisi Hekimlerin Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları ile İlgili Bilgi ve Tutumları. Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi. Diyarbakır.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). Treating Infertility. Erişim adresi <https://www.acog.org/Patients/FAQs/TreatingInfertility>
- Tiyuri, A., Vagharseyyedin, S.A., Torshizi, M., Bahramian, N., Hajhosseini, M. (2018). The Persian Version of Fertility Adjustment Scale: Psychometric Properties. *International Journal of Fertility & Sterility* 12(2), 130–135.
- Tsevat, D. G., Wiesenfeld, H. C., Parks, C. ve Peipert, J. F. (2017). Sexually Transmitted Diseases and Infertility. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(1), 1– 9.
- Uludağ, S. Z. (2018). İnfertilite Kliniğine Başvuran Kadınların Kullandıkları Tamamlayıcı Alternatif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesi. *J Tradit Complem Med*, 1, 24-8.
- Unfer, V., Casini, M.L., Gerli, S. (2004). Phytoestrogens May Improve The Pregnancy Rate in İn Vitro Fertilizationembryo Transfer Cycles: A Prospective, Controlled, Randomized Trial. *Fertil Steril*, 82(6),1509-1513. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2004.07.934
- Ünal, A. S. (2014). Epilepsi Tanılı Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımının Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi. Erzurum.
- Valoriani, V., Lotti, F., Vanni, C., Noci, C., Fontanarosa, N., Ferrari, G... (2014). Hatha Yoga as a Psychologicaladjuvant for Women Undergoing IVF: A Pilot Study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 176, 158-162.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Nahuis, M. J., Kremer, J. A. M., Braat, D. D. M. (2007). Long Term Psychological Adjustment to IVF/ICSI Treatment in Women. *Human Reproduction*, 22(1), 305–308.
- World Health Organization ICD-10 (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2002). Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction. *Geneva*, 17-21.
- World Health Organization. (2010). Mother or nothing: the agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, 88 (12), 881-882. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.10.011210>
- World Health Organization (2019). Infertility Definitions and Terminology. Erişim adresi <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multipledefinitions/en/>
- World Health Organization (WHO). (2024). Infertility. Erişim adresi <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Wu, M. H., Shoji, Y., Chuang, P. C., Tsai, S. J. (2007). Endometriosis: Disaase Pathophysiology and Role of Prostoglandins? *Expert Rev Mol Med*, 9(2), 1-20.
- Yağcıoğlu, A. E, Ayhan, Y. (2008). Kadın Hastalıkları ve Doğumda Psikoloji ve Psikiyatrinin Yeri (2. Baskı). (A. Ayhan, T. Durukan, S. Günalp, T. Gürkan, L. S. Önderoğlu, H. Yaralı, K. Yüce. Ed.). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. (62-63. ss). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

- Yaylagülü, N. (2017). İnfertilite Tanısı Konmuş Kadınlarda Yaşam Kalitesi (Tez no: 491910). (Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi.
- Yıldız-Eryılmaz, H., Ekşi, Z., Günüşen-Ertuğrul, E. (2009). İnfertilite Tanı Yöntemleri ve Hemşirenin Rolü. (Kızılkaya-Beji, N. Ed.). *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul.
- Yumru, A. E. ve Öndeş, B. (2011). İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyon’a Doğru Hasta Seçimi. *Journal of Academic Research in Medicine*, 1, 57-60.
- Yücesoy, H., Yıldırım, F., Şahin, E. (2021). İnfertilitenin Kültürel, Ekonomik, Psikososyal ve Cinsel Yönüne Güncel Bir Bakış: Temel Hemşirelik Yaklaşımları. *Androloji Bülteni*, 23(4), 256–263.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K... (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary of ART Terminology, 2009. *Fertility and Sterility*, 92, 1520-1524.
- Zeren, F. (2016). İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerde, Çift Uyumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi. Eskişehir.

EKLER

Ek-1

Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın Adı: İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Kullandıkları Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Fertilite Uyumu İle İlişkisinin İncelenmesi

Sayın gönüllü, Üsküdar Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tez Çalışması için planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören kadınların kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının fertilite uyumu ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

İnfertilite tanısı nedeniyle tedaviye başlayan, Türkçe okuma yazma bilen, iletişim güçlüğü yaşamayan kadınlar çalışma kapsamına alınacaktır.

Araştırmaya katılmaya sözel onam veren katılımcı görüşme odasına alınacak ve veri toplama formlarını doldurmaları istenecektir. Formların doldurulma süresi 15-20 dakikadır.

Araştırma toplam 167 infertil kadından oluşacaktır.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Katılımcının Adı/Soyadı:

Araştırmacının Adı/Soyadı:

Tarih/İmza:

Tarih/İmza:

Ek-2

Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma infertilite tedavisi gören kadınların geleneksel ve tamamlayıcı tıp tutumlarının fertilité uyumuna etkisi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Vereceğiniz cevaplar hemşirelik bakım hizmetlerinin gelişimine katkı sağlayacaktır. Lütfen tüm soruları dikkatle okuyarak, eksiksiz ve doğru şekilde cevaplamaya özen gösteriniz. Cevaplarınız tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz talep edilmeyecektir.

Çalışmaya katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Üsküdar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi Ezgi ÖNAL
Dr. Öğr. Üyesi Nuriye PEKCAN

Sosyodemografik Veriler

1. Yaşınız?
2. Eğitim durumunuz?
1.Eğitimi yok 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5.Lisans ve üstü
3. Çalışma durumunuz?
1. Çalışıyorum (Lütfen belirtiniz).....
2. Çalışmıyorum
4. Eşinizin eğitim durumu?
1.Eğitimi yok 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5.Lisans ve üstü
5. Eşinizin çalışma durumu?
1.Çalışıyor (belirtiniz):.....2.Çalışmıyor
6. Aile yapınız nedir?
1.Çekirdek 2.Geniş
7. Sosyal güvenceniz var mı?
1.Evet 2.Hayır
8. Sosyal güvenceniz nedir?
1. Emekli sandığı 2. SSK 3. Bağkur 4. Özel sigorta 5. Diğer

9. Gelir durumunuz nedir?

- 1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere eşit 3.Gelir giderden fazla

10. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

11. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

İnfertilite Özellikleri

1- Ne kadar süredir çocuğunuz olmuyor?(tanı yılı)

2- Ne kadar süredir tedavi alıyorsunuz?.....

3- Aldığınız infertilite tedavisi nedir?

- 1-) Aşılama 4-) Aşılama + hormon + tüp bebek
2-) Hormon 5-) Aşılama + varikosel
3-) Aşılama + hormon 6-) Diğer

4- Çocuk sahibi olamamanızın nedeni kimden kaynaklanmaktadır?

- 1-) Benden kaynaklanıyor 4-) Hem benden hem eşimden kaynaklanıyor
2-) Eşimden kaynaklanıyor 5-) Diğer.....
3-) Nedeni bilinmiyor

5- İnfertilite tedavisi alma kararını eşlerden hangisi verdi?

- 1-) Kadın 2-) Erkek 3-)Beraber

6- Çocuk sahibi olamadığınız için eşinizin tutumunda değişiklik var mı?

- 1-) Hayır 2-) Evet ise belirtiniz

7- İnfertilite sorunu nedeniyle psikolojik desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz?

- 1-) Hayır 2-) Evet ise belirtiniz

GETAT Kullanım Özellikleri

1-İnfertilite tanısı konduktan sonra geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden herhangi birini kullandınız mı?

- a.Hayır b.Evet

(Cevabınız evet ise lütfen 2-6 arasındaki soruları yanıtlayınız)

2-Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini hangi amaçla kullandınız?

- a.Tedavi amaçlı
b.Destek amaçlı
c.Diğer (Lütfen belirtiniz).....

3-Biyolojik temelli geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden hangisini veya hangilerini kullandınız? (Birden fazla seçebilirsiniz)

- | | |
|--|--------------------------------|
| a. Bitki çayı tüketimi | h.Çörek otu tüketimi |
| b. Yeşil sebze meyve tüketimi | ı. Isırgan otu tüketimi |
| c. Kuruyemiş (ceviz,fındık,badem vb. tüketimi) | i. Havuç tüketimi |
| d. Takviye vitamin kullanımı | j. Çuha Çiçeği Yağı |
| e. Zencefil tüketimi | k.Diğer(Lütfen belirtiniz).... |
| f. Sarı kantaron tüketimi | l.Hiçbiri |
| g.Bal tüketimi | |

4-Zihin-beden temelli geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden hangisini veya hangilerini kullandınız? (Birden fazla seçebilirsiniz)

- | | |
|----------------|-----------------------------------|
| a. Hipnoz | e. Dini yöntemler (Dua-ibadet) |
| b.Meditasyon | f. Diğer (Lütfen belirtiniz)..... |
| c.Yoga | g.Hiçbiri |
| d. Psikoterapi | |

5-Enerji terapisi temelli geleneksel ve tamamlayıcı tamamlayıcı tıp yöntemlerinden hangisini veya hangilerini kullandınız? (Birden fazla seçebilirsiniz)

a. Akupunktur

e.Çakra terapisi

b.Akupresür

f.Diğer (Lütfen belirtiniz).....

c.Bioenerji

g. Hiçbiri

d.Nefes çalışması

6- Şu anda tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları kullanıyor musunuz?

a.Evet

b.Hayır

Ek-3

FERTİLİTE UYUM ÖLÇEĞİ

Lütfen her bir maddeyi okuyun. Daha sonra her ifadenin sizin için ne kadar uygun değerlendiren. Bu ölçekteki en küçük numarayı “X” ile işaretlersiniz bu ifadenin size “tamamen uymadığını”, eğer ölçeğin sonunda en yüksek numarayı “X” ile işaretlersiniz bu ifadenin size “tamamen uyduğunu” gösterecektir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Maddeler	Bana hiç uymuyor	Bana biraz uyuyor	Bana çok uyuyor	Bana tamamen uyuyor
1. Çocuk sahibi olmanın yararları ve zorlukları vardır.				
2. Çocuk sahibi olup olamayacağımızdan emin olana kadar gelecek konusunda plan yapamam.				
3. Yaşamımda her şeyden çok kendi çocuğuma sahip olmayı istiyorum.				
4. Çocuğumun olamayacağı olasılığını düşünerek geleceğimi planlarım.				
5. Hayatımı adet kanamasına göre yaşıyormuşum gibi geliyor.				
6.Eğer kendi çocuğuma sahip olamazsam kendimi her zaman doyumsuz hissedeceğim.				
7. Çocuksuz bir geleceğe uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum.				
8. Normal yaşam aktivitelerimi sürdürebileceğimden eminim.				
9. Çocuksuz bir gelecek düşünemiyorum.				
10. Çocuk olsun ya da olmasın yaşamın bir ödül olabileceğini düşünüyorum.				